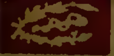


COLLECTION HORIZON













TROUBLES MENTAUX DE GUERRE

PAR

JEAN LÉPINE

PRÉCIS DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE DE GUERRE

= MASSON & Cie ÉDITEURS =

1917





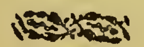
COLLECTION de PRÉCIS de MÉDECINE et de CHIRURGIE de GUERRE



Les Traités de Médecine et de Chirurgie parus avant la guerre conservent actuellement toute leur valeur, mais ils ne contiennent pas les notions nouvelles nées des récents événements. — L'heure n'est cependant pas encore venue d'incorporer à ces ouvrages les données acquises dans les Ambulances, les Hôpitaux et les Laboratoires d'Armées. Ce sera la tâche de demain, dans le silence et avec le recul qui conviennent au travail scientifique.

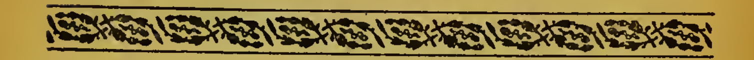
Il était cependant nécessaire que les Médecins aient, dès à présent, entre les mains une mise au point et un résumé des travaux qui ont fait l'objet des nombreux Mémoires publiés dans les revues spéciales et qu'ils soient armés, pour la pratique journalière, d'ouvrages courts, maniables et écrits dans un dessein pratique.

C'est à ce but que répond cette COLLECTION. Nous publions, sur chacune des multiples questions qui préoccupent les médecins, de courtes monographies dues à quelques-uns des spécialistes qui ont le plus collaboré aux progrès récents de la Médecine et de la Chirurgie de Guerre.





COLLECTION de PRÉCIS de MÉDECINE et de CHIRURGIE de GUERRE



VOLUMES PARUS (SEPTEMBRE 1917)

Guide pratique du Médecin dans les Expertises médico-légales militaires, — par le Médecin principal de 1re classe A. DUCO et le Médecin-Major de 1re classe E. BLUM.

La Fièvre typhoïde et les Fièvres paratyphoïdes. (*Symptomatologie. Etiologie. Prophylaxie*), — par H. VINCENT, Médecin-Inspecteur de l'Armée, Membre de l'Académie de Médecine, et L. MURATET, Chef des Travaux à la Faculté de Médecine de Bordeaux. (*Deuxième édition revue.*)

Les Dysenteries. Le Choléra. Le Typhus exanthématique. (*Symptomatologie. Etiologie. Prophylaxie*). — par H. VINCENT et L. MURATET.

Le Paludisme macédonien. — *Caractères cliniques et hématologiques. — Principes de thérapeutique,* — par les Drs P. ARMAND-DELILLE, Médecin des Hôpitaux, P. ABRAMI, HENRI LEMAIRE, G. PAISSEAU, Anc. chefs de Clinique et de Laboratoire de la Faculté et des Hôpitaux. Préface du Pr LAVERAN, Membre de l'Institut (1 *planche en couleurs*).

La Syphilis et l'Armée, — par G. THIBIERGE, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis (*épuisé*).

Psychonévroses de guerre, par les Drs G. ROUSSY, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et J. LHERMITTE, ancien chef de laboratoire à la Faculté de Paris (*épuisé*).

Traitement et Restauration des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, Interne des Hôpitaux de Paris (*Salpêtrière*), avec Préface du Professeur Pierre MARIE (*avec figures dans le texte et 4 planches hors texte*).

Les formes anormales du Tétanos, — par COURTOIS-SUFFIT, Médecin des Hôpitaux de Paris, et R. GIROUX, Interne Pr. des Hôpitaux, avec Préface du Professeur F. WIDAL (*épuisé*).

Le Traitement des Plaies infectées, — par A. CARREL et G. DEHELLY (*avec 78 figures dans le texte et 4 planches hors texte*). (*Deuxième édition revue.*)

Traitement des Fractures, — par R. LERICHE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. (2 *volumes.*)
TOME I. — *Fractures articulaires* (97 *figures*). (2e *édit.*)
TOME II (et dernier). — *Fractures diaphysaires* (*avec* 156 *fig.*).

Les Blessures des Vaisseaux, — par L. SENCERT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy (*avec 68 figures dans le texte et 2 planches hors texte*).

Les Fractures de la Mâchoire inférieure, — par L. IMBERT, Correspondant National de la Société de Chirurgie, et Pierre RÉAL, Dentiste des Hôpitaux de Paris (*avec 97 figures dans le texte et 5 planches hors texte*).

Otites et Surdités de guerre. *Diagnostic; Traitement; Expertises*, — par les Drs H. BOURGEOIS, Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris, et SOURDILLE, ancien Interne des Hôpitaux de Paris (*avec figures et planches*).

Les Fractures de l'Orbite *par Projectiles de guerre*, — par Félix LAGRANGE, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux (*avec 77 figures dans le texte et 6 planches hors texte*).

Les Séquelles Ostéo-Articulaires *des Plaies de guerre*, — par Aug. BROCA (*épuisé*).

La Prothèse des Amputés *en Chirurgie de guerre*, — par Aug. BROCA, Professeur à la Faculté de Paris, et DUCROQUET, Chirurgien Orthopédiste de l'Hôpital Rothschild (*avec 208 fig.*).

Les Blessures de l'abdomen, — par J. ABADIE (d'Oran), Correspondant National de la Société de Chirurgie, avec Préface du Dr J.-L. FAURE. (*Deuxième édition revue.*)

Troubles mentaux de guerre, — par JEAN LÉPINE, Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses à l'Université de Lyon.

Électro-diagnostic de guerre. *Clinique. Conseil de réforme. Technique et interprétation*, par A. ZIMMERN, Professeur agr. à la Faculté de Paris et P. PEROL, ancien Interne Pr. des Hôpitaux de Paris (*avec figures*).

PARAITRONT PROCHAINEMENT :

L'Évolution des Plaies de guerre. *Mécanismes pathologiques fondamentaux*, par A. POLICARD, Professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

Émotions et Commotions de guerre, par André LÉRI, Professeur agrégé à la Faculté de Paris, et Th. BECK, Ancien Interne des Asiles.

Hystérie - Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe *en Neurologie de guerre*, — par J. BABINSKI, Membre de l'Académie de Médecine, et J. FROMENT, Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon (*avec figures et planches*). (*Deuxième édition revue.*)

Formes cliniques des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, Interne des Hôpitaux de Paris (*Salpêtrière*), avec Préface du Pr PIERRE MARIE, Membre de l'Académie de Médecine (*avec figures et planches en noir et en couleurs*). (*Deuxième édition.*)

Blessures du Crâne et du Cerveau. *Formes cliniques et Traitement médico-chirurgical*, — par Charles CHATELIN et T. DE MARTEL. (*Deuxième édition revue.*)

Localisation et extraction des projectiles, — par OMBRÉDANNE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux, et R. LEDOUX-LEBARD, chef de Laboratoire de Radiologie des Hôpitaux de Paris (*avec figures dans le texte et 8 planches hors texte*). (*Deuxième édition remaniée.*)

Plaies de la Plèvre et du Poumon, — par R. GRÉGOIRE, Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Chirurgien des Hôpitaux, et COURCOUX, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Blessures de la Moelle et de la Queue de cheval, — par les Drs G. ROUSSY et J. LHERMITTE.

CHACUN DES VOLUMES DE CETTE COLLECTION EST MIS EN VENTE AU PRIX DE 4 FRANCS

COLLECTION HORIZON
PRÉCIS DE MÉDECINE ET
DE CHIRURGIE DE GUERRE

TROUBLES MENTAUX DE GUERRE

PAR

Jean LÉPINE
Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses
et Mentales
à l'Université de Lyon.

MASSON ET CIE, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VIe
1917

AVANT-PROPOS

Ceci n'est pas un traité de psychiatrie, même de guerre. Il n'y a dans ces pages aucune tendance didactique, aucune prétention à être complet. Pas plus que l'histoire des événements militaires, celle des faits médicaux contemporains ne peut s'écrire maintenant, surtout lorsqu'il s'agit de phénomènes aussi délicats dans leur mécanisme que les troubles cérébraux, aussi complexes dans leur origine, aussi variables dans leur évolution et leur durée.

Ce petit livre n'est pas non plus une étude des manifestations mentales pathologiques directement et uniquement dues à la guerre, des psychoses proprement « de guerre ». Comme on le verra, les circonstances, notamment la nécessité de diagnostics et de décisions rapides quand il s'agit d'évacuer des malades de la zône du front, ne permettent pas de faire facilement le départ entre les accidents que la guerre a créés et ceux qu'elle a seulement révélés ou modifiés. Même une observation prolongée dans un service spécial ne le permet pas toujours. La question est complexe, parce que les troubles mentaux sont essentiellement individuels.

Suivant l'esprit de cette *Collection*, ce *Précis* a été conçu comme une sorte de guide pour les médecins, surtout pour ceux que leurs études ou leur expérience n'avaient pas spécialisés en neuro-psychiatrie. Il est destiné à les aider, au milieu de toutes les difficultés qui peuvent résulter du fait de tels malades, depuis la ligne de feu jusque dans les formations de l'intérieur ou les dépôts. En pareille matière, on ne peut en effet improviser un enseignement, ou procurer des connaissances pratiques qui d'ordinaire ne s'acquièrent qu'à la longue, mais on peut avertir et conseiller.

Aussi me suis-je uniquement préoccupé d'indiquer les carac-

téristiques des diverses variétés de phénomènes mentaux habituellement observés dans le milieu militaire depuis le début de la campagne. Le développement variable que chaque maladie — ou plus exactement chaque catégorie — recevra dans cette description tient uniquement à des raisons militaires. C'est sa fréquence pour l'une, la complexité de ses aspects pour l'autre, ou encore la gravité possible de ses conséquences.

Le centre de psychiatrie de l'intérieur d'où sont tirées les indications qui suivent a déjà vu passer près de 6.000 malades. Ce chiffre permet de dégager des impressions, au moins provisoires, et qui sont, du reste, fortifiées par la lecture des rapports et des statistiques des autres centres de neuro-psychiatrie, dont les conclusions sont sensiblement équivalentes aux nôtres.

Certains types, certains détails de clinique, ne se rencontrent qu'au front. Les observations de plusieurs de mes anciens collaborateurs, médecins régimentaires, m'ont, à cet égard, beaucoup servi, elles seront citées chemin faisant.

Ainsi, se bornant à refléter des impressions et à réunir des données d'actualité, ce livre pouvait se passer d'un plan logique et classiquement ordonné. Au point de vue pratique, le seul à considérer, il a paru plus simple de décrire d'abord les formes cliniques aiguës, puis celles qui sont chroniques d'emblée, et certains cas spéciaux. Puis vient un aperçu médico-légal sur l'expertise en matière de responsabilité, et enfin un exposé des solutions militaires entre lesquelles les médecins et les commissions doivent choisir.

Le matériel clinique considérable de mon service n'aurait pu être utilisé comme il l'a été si je n'avais eu dans ces derniers mois des collaborateurs dont l'expérience et le sens critique m'ont été aussi précieux que leur dévouement. Je tiens à remercier ici le médecin-major Chocreaux, les médecins aide-majors de 1re classe A. Salin et M. Desruelles, médecins des asiles publics d'aliénés.

TROUBLES MENTAUX DE GUERRE

INTRODUCTION

Les troubles mentaux de guerre ne sont pas une nouveauté; les expéditions coloniales en avaient offert bien des exemples. La campagne sud-africaine, la guerre russo-japonaise avaient donné lieu aux premières études d'ensemble de la question. Les psychiatres russes, surtout, dont les troupes avaient été, à cet égard, assez durement éprouvées, avaient publié d'intéressantes observations (Serge Soukhanoff, Vladitchko, Ermakoff, Autokratoff entre autres).

En France, le professeur Régis, avec une vue que l'on pourrait qualifier de prophétique, multipliait les avertissements : rapports et communications de Congrès, indications successives dans les trois dernières éditions de son *Précis* classique. Dès le début de la guerre, il mettait à exécution, à l'hôpital militaire de Bordeaux, les principes d'assistance psychiatrique militaire qu'il avait préalablement établis.

A côté de cet initiateur hors pair, dont le mérite a été à la fois d'ordre clinique et d'ordre pratique, d'autres tels que Granjux, Pactet, le médecin inspecteur Simonin, Roubinovitch, et le groupe si vivant de nos médecins militaires d'active spécialisés en neuro-psychiatrie, s'attachaient à préciser les données du problème et à en assurer d'avance la solution.

Ce n'est certes pas méconnaître leurs efforts que de constater qu'au moment de la mobilisation ils n'avaient pas encore pu

obtenir de résultats importants. Ces médecins, de longue autorité scientifique et de haut grade militaire, n'avaient pas seulement devant eux la tâche difficile que représente toute innovation. Ils avaient à lutter contre des idées fausses et des préjugés universellement répandus en matière de troubles de l'esprit. Et de plus, toutes les prévisions se sont trouvées insuffisantes, et ont dû être modifiées par les conditions nouvelles de la guerre.

Le préjugé, l'erreur commune, c'est que le monde se divise en sains d'esprit et en aliénés, en fous et non-fous — que troubles mentaux ou psychiques, cela signifie folie, hors quelques cas exceptionnels. D'où cette impression — à laquelle les médecins eux-mêmes n'échappent pas toujours — que les sujets atteints de troubles mentaux sont un rebut pour la société, une tare pénible qu'il faut au plus tôt dissimuler, et dont l'armée, en tous cas, doit se défaire sans rémission et sans délai.

Ainsi, les premiers temps de la guerre, des hommes arrivaient dans mon service, couverts de la boue et de la poussière du champ de bataille, en plein état de stupeur commotionnelle — avec des billets d'hôpital annotés : fou, aliéné, « dingo » ou encore : simulateur. Les temps ont changé ; l'évidence des faits, l'intelligente activité de quelques médecins et l'initiative du Service de Santé ont fait l'éducation de ceux qui, à tous les relais de la chaîne des évacuations, en assurent le service.

Mais il est facile de se rendre compte que l'opinion publique et même que l'opinion médicale ne sont pas encore renseignées. La division de tout à l'heure en fous, et non-fous, peut encore s'exprimer sous la forme suivante, qui a un fondement scientifique : dans la vie normale, beaucoup de troubles mentaux dépendent d'une prédisposition originelle. Or plus nous allons, et plus nous constatons dans cette guerre que la prédisposition perd de sa valeur, et que les circonstances occasionnelles apparaissent au contraire comme le véritable facteur du trouble mental. L'un des médecins militaires qui connaissent le mieux la psychiatrie, le médecin principal de 2e classe Chavigny, l'indiquait très justement dans un article du *Paris Médical* en octobre 1915. Depuis le temps a encore marché dans le même sens.

Si l'on veut bien y songer, l'intérêt de cette constatation apparaît aisément. D'une part, suivant la doctrine de Régis, nous assistons à l'éclosion et à l'évolution d'un nombre considérable de psychoses aiguës, curables, et par conséquent les évacuations pour troubles mentaux ne représentent pas une usure correspon-

dante des effectifs. D'autre part, cette notion de psychose aiguë, curable, avec tout ce qu'elle entraîne de troubles somatiques et physiques, impose la nécessité d'un traitement médical dans des services convenablement installés et outillés. Enfin, l'étude des conditions dans lesquelles apparaissent ces psychoses aiguës, des conditions aussi qui les rendent parfois chroniques, aboutit à des conclusions d'étiologie, de pathogénie et de thérapeutique dont la portée dépasse de beaucoup la guerre actuelle.

Au début la question se posait de savoir s'il y avait, ou non, des psychoses de guerre. Quelques travaux — et parmi les plus suggestifs dans leur relief, ceux de Georges Dumas dans la *Revue de Paris* — ont montré alors que si la guerre ne faisait très souvent que donner un caractère particulier à certains délires, les colorer, si d'autre fois elle révélait seulement des psychoses latentes, il y avait d'autres cas, et nombreux, où elle était responsable sans mélange. Le débat a pris depuis une autre forme. On a dit : la guerre a bien créé des troubles mentaux, mais aucun qui ne nous fût connu, elle ne nous a rien appris de nouveau.

Je ne suis pas du tout de cet avis. Au risque de paraître avouer une ignorance extrême au début de la campagne, je dois dire que mes notions psychiatriques se sont, non seulement complétées, mais modifiées, et que presque chaque jour me paraît apporter sa part de faits utiles, différents de ce qui était connu. Assurément nous ne voyons que des symptômes déjà décrits, nous vivons au milieu de formes mentales qui nous sont familières, mais, ce qui diffère souvent du temps de paix, c'est leur origine et leur évolution. Jamais encore nous n'avons pu étudier par un aussi grand nombre d'exemples l'état intermédiaire entre la raison et la folie, la zône immense et aux limites incertaines dans laquelle le fonctionnement cérébral est troublé, sans que l'avenir soit irrémédiablement compromis.

Les raisons de ces troubles, leur mécanisme quand nous pouvons le supposer, les circonstances qui peuvent les modifier, voilà qui fait de ces psychoses de guerre quelque chose d'à part, d'instructif et de nouveau. Et ceci n'est pas seulement théorique. On en verra plus loin la preuve.

Qui pourrait s'étonner de ce que cette guerre nous apprend en pathologie de l'esprit ? Ne serait-on pas plutôt tenté de croire que tout doit être différent, dans des conjonctures où es forces physiques et morales des hommes sont soumises à de telles

épreuves ? Le but pratique de ce livre ne nous permet pas d'entrer dans l'étude détaillée des conditions étiologiques propres à la guerre. Elles apparaissent à l'évidence dans les souvenirs de chacun ou les récits de ceux qui ont vécu ces heures-là. Depuis le jour de la mobilisation, causes morales et causes physiques se sont mêlées, comme toujours dans la vie.

Ensemble et du même coup, c'est le départ subit, le saut dans l'inconnu, la séparation d'avec les êtres chers, l'incertitude affreuse de ce que sera pour eux le lendemain, la grande flamme de patriotisme qui soulève, mais qui augmente encore la tension exaspérée des nerfs — et c'est aussi le bruit, l'entassement dans les wagons bondés, l'interminable voyage, la courbature, la chaleur et la soif, les nuits écourtées, couché sur la terre, les alertes incessantes, l'habitude de l'insomnie. Puis la fatigue pesante des marches et l'attente anxieuse des événements ; puis les émotions violentes et le fracas de la bataille, puis les secousses et les commotions, les petites maladies qui épuisent, comme la banale crise d'entérite, les blessures, la souffrance, l'anémie — le trajet du retour. Et je néglige la retraite de ce mois d'août 1914, avec le combat le jour et la marche forcée pendant la nuit, et les efforts invraisemblables qu'ont entraîné, pour les chefs et pour les hommes, les grandes batailles de cette époque.

A mesure que le temps a passé, les conditions de la lutte ont pesé plus lourd sur les combattants. Au point de vue moral, l'élévation des pertes, la généralisation et la continuité du danger, la nécessité de la vie perpétuelle aux aguets, la durée surtout ; au point de vue physique, l'installation incommode et humide, le froid, l'inaction, le régime alimentaire trop carné, l'alcoolisation lente et si difficilement évitable. Toutes ces conditions, et bien d'autres du même ordre, sont communes à tous les combattants ; elles sont, sans conteste, de nature à déprimer à la longue les caractères les mieux trempés ; elles préparent les défaillances. Et pourtant, cette somme énorme d'émotions et de souffrances n'a pas produit, parmi les troupes, le déchet qu'on aurait pu attendre. De telles causes agissent surtout sur les prédisposés, les autres finissent par s'y habituer. Mais il y a, par contre, d'autres circonstances dont l'action est décisive.

Les grandes commotions par éclatement en sont le type. On verra plus loin comment leur influence s'explique, la part réciproque, souvent combinée, de l'émotion et de la commotion. Certaines émotions violentes font de même, et aussi les infec-

tions et intoxications, certaines blessures, soit par leur localisation, soit par leur retentissement sur l'état général.

Et puis, c'est une triste nécessité, il y a une grande inégalité dans la manière dont les charges physiques et morales de la guerre sont réparties, même parmi les troupes du front. Pour beaucoup de gens, danger à part, la vie de l'avant a été plus hygiénique, plus reposante pour l'esprit et les nerfs que celle qu'ils menaient au temps de paix. A côté d'eux il y a des hommes qui ont été voués dès le début à des besognes épuisantes et ingrates, ou à des secteurs épouvantables, ou qui ont connu, outre le soleil des Dardanelles et la neige des montagnes balkaniques, outre le ravitaillement précaire et l'épuisement physique, cette nostalgie de la patrie lointaine qui est la grande souffrance de l'Armée d'Orient.

Ainsi, les causes de déchéance intellectuelle, temporaire ou durable, sont individuelles, leurs combinaisons et leur durée, essentiellement variables, excluent toute classification étiologique. Il n'y a même pas une pathologie mentale du front, et une de l'arrière, au sens strict des mots ; car on verra des troubles confusionnels, conséquences directes des batailles, éclater quelque temps après l'évacuation, en pleine zône de l'intérieur et inversement, au front, des troubles survenir par des causes qui agissent aussi bien en temps de paix.

Ce qu'il faut remarquer plutôt, avant de conclure, c'est qu'un facteur commun pèse sur la destinée mentale d'un grand nombre de nos sujets. L'alcool joue dans cette guerre un rôle analogue à celui du paludisme dans la pathologie de certains pays. En dehors de ses manifestations avérées, on le retrouve, quand on le cherche, facteur initial et parfois lointain, comme chez tant de déséquilibrés et de détraqués qui ne sont que des hérédo-alcooliques, ou bien cause occasionnelle et déterminante des accidents chez un homme qui sans alcool eût résisté. Il domine nettement la pathologie de l'intérieur, il influence celle du front. Si des mesures n'avaient pas été prises, malheureusement très insuffisantes, on eût abouti à des désastres. Tel qu'il subsiste, c'est encore un lourd tribut journellement prélevé sur les effectifs. C'est aussi une cause d'inquiétude pour l'avenir.

Les chiffres de mes services, répartis sur trois années et portant sur un total de 6.000 malades environ, accusent l'alcool d'être la cause unique ou absolument primordiale des troubles dans plus d'un tiers des cas. En tenant compte de ceux pour lesquels il n'a

qu'une valeur d'appoint, on peut estimer que plus de la moitié, peut-être à certains moments près des deux tiers de nos sujets ont été influencés par l'alcool.

L'importance de ce facteur, dont l'action n'est pas toujours continue, contribue à faire comprendre que nous ayons si souvent devant nous des troubles passagers, curables, et aussi que les intermédiaires entre la santé et la maladie mentale soient en nombre infini. Ici l'alcool agit comme ailleurs; excitant occasionnel — indispensable même dans certains cas — c'est un débilitant général de l'organisme vis-à-vis des causes nocives.

Au reste l'exemple de l'alcool n'est pas unique. Pour donner à ces troubles de l'esprit leur vraie valeur, il faut les considérer à la lumière de la biologie générale. Dans la mesure où ils n'éprouvent pas trop l'être vivant et pensant, ils peuvent se renouveler sans préjudice grave pour l'individu, qui s'y accoutume et s'habitue à réagir. Ainsi dans l'ordre moral comme dans l'ordre physique, qu'il s'agisse du danger ou de la fatigue, de l'insomnie comme de l'ébranlement matériel des commotions, de même que chez l'animal on peut produire artificiellement l'accoutumance à la commotion médullaire par choc direct, comme je l'ai indiqué en 1900.

Mais si l'ébranlement, le traumatisme, la maladie, ou simplement le choc émotionnel, a trop profondément atteint les centres nerveux, ce n'est plus l'accoutumance qui se manifeste, c'est l'inverse. La sensibilité exagérée aux mêmes causes nocives, l'*anaphylaxie*, est un phénomène biologique et psychologique. Qui ne sait combien de blessés graves, combien de commotionnés qui avaient eu un moral remarquable avant leur évacuation, se sont montrés inutilisables après leur retour au front? La même remarque est à faire pour les états dépressifs, pour lesquels la nutrition générale, la circulation, l'énergie morale entremêlent d'une manière si curieuse leur action.

Des états aussi complexes ne se tranchent pas par un diagnostic sommaire ou des décisions uniformes. La gravité de l'heure, la nécessité de maintenir à leur maximum de nombre et de valeur les effectifs de l'avant, d'utiliser jusqu'au bout les ressources en hommes de l'intérieur, rend délicate la tâche du chef de centre neuro-psychiatrique. Aussi trouvera-t-on plus loin des développements suffisants pour l'utilisation de ces malades. Dès à présent, on se rend compte que le problème n'est plus de

reconnaître et d'éliminer un nombre plus ou moins grand de sujets plus ou moins tarés mentalement. Nous allons voir défiler maintenant des victimes de la guerre, des blessés du cerveau, des hommes surmenés et las, dont la psychologie demanderait, pour la décrire, la plume d'un artiste plus que celle d'un médecin, car ils ont continué, pour la plupart, à penser, à souffrir, à rêver, suivant les modes normaux de la nature humaine.

PREMIÈRE PARTIE

CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES MENTAUX AIGUS

Les troubles mentaux aigus sont les plus nombreux, ceux aussi pour lesquels un diagnostic précis et une solution convenable sont de rigueur. Il faut remarquer, toutefois, qu'aigu ne veut pas toujours dire de brève durée. En neuropsychiatrie, il faut s'attendre à compter par semaines, ou même par mois.

Pour plus de clarté, j'ai réuni ces troubles en quelques groupes, un peu artificiels, car il y a le plus souvent un certain mélange entre les symptômes de l'un et ceux d'un autre. Les quatre groupes principaux sont les suivants :

Les confusions mentales, états qui correspondent à un obscurcissement sensible de l'intelligence générale.

Les états dépressifs, où l'intelligence est moins en cause que l'affectivité, et qui sont des états de souffrance douloureuse.

Les états neurasthéniques, qui participent des deux groupes précédents, sont moins graves, mais parfois plus tenaces.

Les états commotionnels et leurs suites, groupe disparate, dont l'autonomie est justifiée par l'étiologie spéciale, par leur fréquence et la gravité de certaines de leurs conséquences.

Puis d'autres groupements symptomatiques moins importants, correspondant à l'*excitation cérébrale* et à la *manie*, aux *encéphalites* et aux *méningoencéphalites aiguës*.

Sauf en ce qui concerne la commotion, dont nous étudierons plus loin le mécanisme, tous ces troubles mentaux aigus ont une étiologie banale, et le plus souvent complexe. Ce sont les causes diverses de fatigue, d intoxication et aussi d'émotions dont il a été fait mention au cours de l'introduction. Tous ces troubles peuvent, dans l'ensemble, atteindre des sujets jusque-là sains mentalement. Mais pour tous aussi, lorsque l'on examine de près les observations, on peut mettre en lumière certaines causes accessoires.

D'abord la *prédisposition*. La « constitution émotive », dont Dupré a fixé les traits d'une manière si précise, se manifeste très nettement chez certains sujets. Dans les cas, rares comme on le verra, où une émotion est absolument seule en cause à l'origine des troubles, on peut admettre que l'individu était constitutionnellement fragile. Cette fragilité, du reste, peut ne pas se manifester seulement au point de vue du courage ; il y a des déséquilibrés légers, des débiles du sens critique, qui ne manquent pas d'énergie ou de vaillance, mais dont le cerveau cède, en raison de leur prédisposition.

Une autre considération importante en l'espèce, c'est que l'armée est une foule, et que ces psychoses aiguës sont de celles pour lesquelles on peut parler de *contagion mentale*. Quelle que soit la somme des prédispositions qui pèsent sur les hommes d'une troupe, quelles que soient les circonstances, il y a des unités qui ne seront pas touchées au point de vue psychique, tandis qu'une unité voisine et placée dans les mêmes conditions paiera un lourd tribut. Cela peut tenir à ce que la première a manqué de ces ferments de démoralisation ou d'indiscipline que redoute à juste titre le commandement, de ces sujets douteux, pas toujours délinquants, parfois vraiment malades, dont un seul contamine une compagnie. Cela tient surtout au *commandement*.

Au début de la guerre, ceux qui avaient quelque habitude de la psychologie pathologique, et qui se rendaient compte de l'effroyable imprégnation alcoolique moyenne de la nation, ont attendu les nouvelles des premiers jours de la mobilisation avec un serrement de cœur. Même en tenant compte de l'état d'esprit si remarquable des mobilisés, qu'allait devenir ce troupeau immense, excité, assoiffé, une fois lancé dans la fournaise ? Ce sera l'éternel honneur de notre corps d'officiers, active et complément, d'avoir pu, au prix de sacrifices individuels inouïs, maintenir ces hommes, non seulement dans le devoir, mais dans

le calme. Avec le recul du temps, on verra grandir le rôle de ces chefs admirables, dont si peu sont encore là.

L'influence morale du chef, son exemple, sa sollicitude aussi à l'égard du bien-être de sa troupe, sont donc des facteurs favorables de premier ordre. A l'inverse, une unité privée de ses cadres, ou mal tenue en mains, verra éclater une véritable épidémie psychique ; soit de confusion mentale hallucinatoire, soit de dépression, si des cas de ce genre y ont apparu.

I. — LES CONFUSIONS MENTALES

Il est rare que la confusion mentale débute brusquement, ou, plus exactement, à part les cas où une circonstance très grave a tout déclanché, le début n'est brusque qu'en apparence. Lorsque le sujet manifeste par son allure ou son langage qu'il y a quelque chose de changé en lui, il révèle simplement un état qui a mis quelque temps à se constituer. Il y a donc, d'une manière variable suivant les circonstances ou les sujets, une sorte de période prodromique de la confusion mentale, qu'il faut d'autant mieux connaître qu'on la retrouve, avec quelques modifications, à l'origine des états dépressifs. Cette première phase correspond assez à ce que les classiques décrivent sous le terme de confusion mentale simple, par opposition aux confusions hallucinatoires dont il sera question plus loin.

§ 1. — Confusion mentale simple.

La caractéristique de la confusion mentale, c'est la *torpeur cérébrale*. Le sujet s'y enfonce parfois sans bien s'en rendre compte, surtout lorsque les événements de guerre lui imposent une vie monotone et sans initiative personnelle. Mais souvent aussi un symptôme subjectif précède la torpeur ; c'est la *céphalée*. Régis, qui a tant fait pour la connaissance de la confusion mentale, a mis en lumière la valeur de cette céphalée. Elle est quelquefois antérieure de plusieurs jours à toute autre manifestation morbide, elle est tenace, diffuse, avec siège de prédilection fronto-orbitaire ou occipital. Souvent elle a des exacerbations très douloureuses, surtout le matin, quand la nuit a été mauvaise.

Jamais ce n'est une névralgie, nettement localisée — très rare-

ment elle prend la forme hémicrânienne. Ses relations avec le sommeil doivent être soulignées. Toute l'histoire de la confusion mentale est liée au sommeil, mode de repos normal du cerveau. *La confusion est par essence une psychose d'épuisement.*

Quelquefois, la douleur cérébrale est très atténuée, notamment chez des manouvriers à sensibilité encéphalique un peu obtuse. Mais les malades décrivent alors une impression de vide, ou au contraire d'encombrement ou de lourdeur dans la tête, qui a la même valeur.

Le *sommeil* est troublé de deux manières, qui se combinent : il est pendant la nuit moins profond que normalement, entrecoupé de cauchemars, dont la répétition et l'intensité conduisent insensiblement le sujet à la confusion mentale hallucinatoire, à l'*onirisme*, dont il sera question plus loin. Pendant le jour, l'état ordinaire de veille est moins net ; il y a moins de lucidité, d'activité cérébrale, d'attention. La sensation de sommeil peut manquer, mais l'homme dort tout éveillé, indifférent aux ordres, oublieux des consignes, incapable de réflexion suivie, lent à comprendre les idées les plus simples, inerte et hébété.

Il est las aussi, d'une lassitude un peu douloureuse qui ne peut trouver le repos, et que le moindre effort et surtout le moindre bruit accentuent. Il lui prend comme des faiblesses, des sortes d'impressions syncopales passagères et qu'il ne s'explique pas. Il a des éblouissements, des vertiges, parfois des palpitations de cœur.

L'*appétit* est nettement diminué, la langue sale, saburrale, l'estomac se gonfle et l'intestin devient paresseux. Rapidement l'homme maigrit, et l'amaigrissement va de pair avec l'insomnie. Le teint devient à la fois terreux et plombé ; l'expression est de plus en plus atone, la mimique incertaine, ébauchée, et parfois, ce qui est un degré de plus, inadéquate aux sentiments du moment.

Lorsque ces phénomènes s'observent dans une troupe exposée à un bombardement, ou chargée d'un secteur difficile, la fatigue résultant des circonstances les explique suffisamment. Mais ils peuvent apparaître hors de toute occasion précise, et, comme ils sont en somme légers, on peut les méconnaître, les prendre pour de la mauvaise volonté ou une défaillance purement morale d'énergie. Ainsi, un certain nombre de confus sont d'abord des hommes punis, c'est en prison que l'on est frappé du caractère permanent, et aussi progressif, de leur trouble physique et men-

tal. Inutile d'ajouter que le séjour dans les locaux disciplinaires et la crainte du Conseil de guerre augmentent encore ce trouble et contribuent à aggraver la situation.

Comme l'on voit, la confusion mentale simple, mélange de signes physiques et psychiques, se rapproche de l'état de fatigue, poussé à un degré extrême. Elle s'en distingue par un élément d'intoxication digestive plus marqué que dans la fatigue — et aussi par une sorte d'incapacité au repos du corps et de l'esprit. Dans ses formes élémentaires et transitoires, elle se réduit à cela, mais il y a tous les intermédiaires entre ces formes élémentaires et les plus graves. Ces intermédiaires évoluent suivant deux modalités, souvent combinées : d'une part vers l'hallucination et le délire, d'autre part vers l'obtusion intellectuelle plus profonde et l'amnésie.

§ 2. — Confusion mentale hallucinatoire.

La confusion mentale hallucinatoire a un élément essentiel, c'est le *délire*. Par ce fait seul, elle risque moins de passer inaperçue, mais les sujets qui en sont atteints ne sont pas à l'abri des erreurs de diagnostic et des fautes de traitement. La première erreur qui peut se produire est qu'on les prenne toujours pour des alcooliques. Lorsque Lasègue écrivit « le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve », sa formule était si heureuse et si juste qu'elle fit fortune. Mais, comme il arrive souvent, l'opinion médicale en a outré la portée. Malgré les travaux de Chaslin, de Séglas, de Régis, on se figure trop souvent que tout délire de rêve est un délire alcoolique. Or si l'alcoolisme joue malheureusement le rôle que nous avons dit dans les troubles mentaux de l'armée, il ne les englobe pas tous, et notamment beaucoup de délires de rêve, survenus au cours de confusions mentales, n'ont rien à faire avec l'alcoolisme.

D'autres fois, on prend les hallucinés confus pour des délirants persécutés chroniques, et, préoccupé surtout de les évacuer et de les empêcher de nuire, le médecin perd de vue le traitement d'urgence qui leur conviendrait.

On sait comment naît le délire onirique. Il n'est que le développement de l'état de demi-sommeil et de cauchemar qu'est la confusion mentale simple. Petit à petit, en quelques nuits, les cauchemars se prolongent au matin, quand le sujet est encore

mal réveillé ; ils reprennent dans la journée, dès qu'il ferme les yeux, puis, même les yeux ouverts, ils persistent. Alors se constitue un état dont Régis a bien montré le caractère d'état *second* et ses analogies avec le somnambulisme. Sa description a été faite bien souvent chez l'alcoolique, hanté notamment par des visions d'animaux.

Ici, ce sont les scènes de la bataille qui se reproduisent, sous forme d'impressions brèves, multiples, incohérentes, à l'imagination du malade, d'où l'agitation, les cris, les onomatopées, boum... boum... les gestes de défense ou d'attaque. Ou bien, la scène hallucinatoire est mieux coordonnée, et le malade joue un rôle, pendant un moment. Dans des cas plus rares, c'est toujours la même vision qui se reproduit, scène d'horreur notamment, qui a agi en l'espèce comme une émotion-choc et a marqué son empreinte sur tout le délire.

Ce rêve prolongé, inquiétant ou dangereux dans ses manifestations, et souvent très impressionnant pour l'entourage, même quand le malade est inoffensif, s'accompagne des signes physiques, circulatoires et digestifs, de la confusion mentale. Toutefois, l'agitation motrice a souvent pour résultat de surexciter la circulation ; le pouls est ample, quoique dépressible, le teint est plus coloré que dans la forme simple. Il n'est pas rare d'observer une transpiration profuse, et un léger mouvement fébrile.

Le délire onirique peut se manifester brusquement : un homme sous les armes s'agite, gesticule et menace, ou bien, dans la tranchée, se met à tirer sur l'ennemi ou parfois au hasard. Mais, comme je l'ai indiqué plus haut, ce début brusque n'est qu'apparent, l'évolution morbide avait commencé depuis quelque temps déjà.

Dans la forme moyenne, la période d'onirisme délirant ne dépasse guère trois semaines, beaucoup de malades même reviennent à eux plus rapidement. Mais le traitement précoce est une condition essentielle de cette brièveté d'évolution. Du reste, le délire disparu, la maladie n'est pas terminée. Son allure un peu dramatique absorbe l'attention, mais, en pleine hallucination, le sujet demeure un confus, obnubilé profondément en ce qui concerne les opérations normales de l'esprit, un inconscient, qui est étranger à la vie normale, un amnésique, incapable de retenir et de fixer les souvenirs présents (amnésie de fixation).

Sans entrer dans une discussion étiologique, qui aura plus loin sa place, une remarque s'impose : dans les premiers temps

de la guerre, la confusion mentale hallucinatoire était plus fréquente qu'aujourd'hui. Elle appartient, d'une manière plus naturelle, à la guerre de mouvement qu'à la guerre de positions. Elle est préparée par les fatigues, les troubles gastro-intestinaux plus fréquents et plus sévères quand le ravitaillement est irrégulier. L'alcoolisme, au début plus répandu, intervenait pour sa part, et enfin, au point de vue psychique, il est possible que la moyenne des hommes soit maintenant mieux préparée aux spectacles des batailles et en subisse moins l'impression.

Les confus hallucinés sont, de toute évidence, au nombre des malades les plus dangereux à laisser au front. Mais ce n'est pas seulement parce que leur délire les conduit à des actes menaçants pour leur entourage ou attire sur celui-ci l'attention de l'ennemi. Certains confus délirants sont d'allure calme, leurs hallucinations sont de faible intensité, leur délire est fait surtout de leur désorientation intellectuelle. Ce sont eux qui quittent le cantonnement, errent à l'aventure, ou encore, en patrouille, s'égarent dans les lignes ennemies. A l'inverse, d'autres sont sous le coup d'hallucinations terrifiantes et panophobiques, du fait desquelles, sans réaction de défense, ils se sauvent, également au hasard. Il est inutile d'insister sur la gravité des problèmes médico-légaux que ces cas soulèvent.

§ 3. — Délire aigu.

Toute confusion mentale est une encéphalite. Dans la forme la plus bénigne d'apparence, les cellules cérébrales souffrent dans leur nutrition, de même qu'au point de vue physiologique et psychologique la confusion représente l'*insuffisance cérébrale*. Il en est du cerveau comme d'autres organes, passibles d'insuffisance aiguë. Il y a une insuffisance cérébrale aiguë, caractérisée anatomiquement par une encéphalite intense, et rapidement mortelle. On l'appelle le *délire aigu*, dénomination clinique qui date du temps où l'on ignorait les lésions cellulaires qu'elle comporte.

Le délire aigu, sur lequel on a beaucoup discuté, s'observe comme épisode terminal de certaines grandes infections (pneumonie, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, méningites microbiennes). Mais il a une existence propre, constituant alors la forme maxima de la confusion mentale. Il est nécessaire de le

connaître, ne fût-ce que pour faire à temps un pronostic qui doit toujours être excessivement réservé.

C'est une confusion mentale dont les symptômes sont particulièrement accentués, et qui, en même temps, brûle les étapes. La phase de confusion simple est d'une durée variable ; il n'est pas rare qu'elle ne soit que de peu de jours. Puis brusquement survient un délire violent, avec désorientation totale du sujet, hallucinations incessantes, agitation motrice, tremblement (le *delirium tremens* de l'alcoolique en est une variété atténuée), parfois attaques convulsives, spasmes, secousses musculaires. Les réflexes rotuliens sont exagérés, la parole embarrassée par le tremblement, les pupilles sont parfois inégales, ou très dilatées. Certains spasmes se reproduisent sans cesse, notamment celui du pharynx, qui a pour résultat l'hydrophobie, rare, mais qui peut être très nette.

Les fonctions digestives sont profondément atteintes, les sécrétions, d'abord abondantes, se tarissent, la sueur devient visqueuse, l'urine rare, le cœur lâche et s'affole, et la mort survient, parfois 36 ou 48 heures après le début de l'agitation, parfois plus tard, vers le 4e ou le 5e jour. Au delà de ce terme, les chances de guérison augmentent, on se rapproche des confusions mentales graves ordinaires.

Dans la règle, le délire aigu s'accompagne d'une température très élevée, au moins 40° et parfois même plus de 41° Mais l'on peut voir l'agitation précéder la fièvre de beaucoup, d'où une grave difficulté de diagnostic. Si l'on ne tient compte que de l'agitation, on prend le sujet pour un *maniaque*, si l'on s'attache trop exclusivement à un symptôme, on peut le prendre pour un *paralytique général agité* — et c'est une erreur souvent commise. Il est bien plus délicat encore d'éliminer la *rage*. En effet l'hydrophobie, le rejet incessant de salive, qui n'est que la conséquence de l'hydrophobie, font penser à la rage. Mais aussi bien celle-ci n'est-elle, dans sa manifestation terminale, qu'un délire aigu. Le délire aigu non rabique existe, de nombreuses autopsies, suivies d'inoculation au lapin des centres nerveux, l'ont prouvé. Mais pour le distinguer de la rage, il n'y a point de signe clinique décisif, si ce n'est chez certains sujets l'intensité des phénomènes digestifs, qui impose l'idée de confusion mentale.

Le délire aigu, contrairement à ce que l'on a cru parfois, n'est à aucun degré une psychose d'origine émotionnelle. C'est une

encéphalite infectieuse ou toxique, aggravée ou peut-être même provoquée par une insuffisance de destruction ou d'élimination toxique. Son pronostic, en tous cas, repose sur le fonctionnement des émonctoires. Il ne laisse pas d'espoir quand le rein est fermé. J'en ai vu 10 cas depuis le début de la guerre, tous mortels ; une seule fois il s'agissait d'un alcoolique avéré, et il est vraisemblable que dans tous les autres l'alcool n'avait aucune part.

§ 4. — Confusion mentale avec stupeur. Narcolepsie.

Le confus est égaré, indifférent, inattentif. Un pas de plus et c'est la *stupeur*. Cette forme, est assez rare dans la pathologie mentale ordinaire, elle est surtout rarement aiguë, tandis qu'elle représente à elle seule une bonne partie des cas indéfiniment traînants et prolongés qui servent de transition entre la confusion mentale aiguë et la confusion mentale chronique.

En pathologie de guerre, elle a au contraire une grosse importance. Elle fait partie, très nettement, du syndrome commotionnel, sur lequel nous reviendrons. Elle constitue aussi, sans qu'une explosion se soit produite dans le voisinage immédiat du sujet, un syndrome commotionnel atténué, et assez particulier. On l'observe notamment lors d'un bombardement prolongé : après les premières heures de bombardement, une sorte d'accoutumance à l'ébranlement et au bruit s'établit. L'homme est moins péniblement impressionné, mais il entre dans une sorte de torpeur, qui correspond un peu au premier degré de la confusion mentale simple, mais qui, pour peu que le bombardement se prolonge, ne s'en tient pas là. « Je ne peux pas dormir, mais je n'arrive plus à me réveiller, » dit André Gilles dans ses excellentes *Notations de bataille*. Et plus loin : « Mes yeux se ferment malgré moi, et j'ai peur de cette torpeur, car le délire me saisit aussitôt. Pourvu que je tienne jusqu'au bout. »

Puis, entrecoupé d'images de rêve, dont la netteté et la richesse dépendent beaucoup de la culture intellectuelle du sujet, le sommeil « mental », si l'on peut dire, s'installe en maître. Ce n'est pas un sommeil véritable, reposant et réparateur. On ne peut pas toujours en tirer les hommes, même en les secouant. C'est un anéantissement de la conscience fatiguée de lutter, un état *second*, un somnambulisme. Pendant longtemps il laisse subsister tous les actes automatiques, le subconscient demeure

éveillé, répond à certaines excitations, les réflexes persistent normaux ; ceux de la vie végétative notamment, la déglutition s'accomplit parfaitement quand on verse un liquide dans la bouche du sujet.

Mais l'homme est inerte et immobile. Même il néglige les mouvements de défense élémentaire, comme de chasser la mouche qui se promène sur son visage, sa sensibilité cutanée est éteinte, de même que l'idée de conservation s'atténue. Il ne se mettra pas à l'abri, si l'endroit où il se trouve vient à être plus exposé. Il reste dans son coin, assis ou couché.

Le visage est calme, surtout sans expression ; la vie en est comme éteinte ; la circulation est normale, avec une pression basse, la respiration n'est pas accélérée.

Cela dure le temps du bombardement, et après, encore quelques heures ou parfois même quelques jours. Il n'est pas rare qu'une fois le malade évacué, l'état se transforme en un vrai sommeil, comme si, malgré tout, l'inconscient percevait alors que l'être est en sûreté, et pouvait réaliser son désir : dormir, dormir.

J'ai pris comme exemple de cette stupeur particulière celle des bombardements, parce que sa fréquence s'accroît à mesure que la guerre se poursuit. On lui doit en partie les prisonniers que l'on cueille au cours d'une attaque bien préparée par l'artillerie. Les gens laissés en première ligne dans ces conditions coupés de l'arrière par un barrage suffisant, non ravitaillés, sont à peu près tous sous l'influence de cette stupeur. Mais il en est, à l'inverse, qui présentent en pareil cas de l'excitation. Ce sont des sujets chez lesquels l'élément hallucinatoire se développe facilement et qui font du délire onirique. Mais ils sont l'exception.

De quoi est faite cette stupeur ? Certains l'ont considérée au début comme « hystérique », c'est-à-dire, dans leur pensée, due à l'émotion. On l'a décrite sous le nom d'*hypnose* des batailles (Milian) de *narcolepsie* (Roussy). En fait, si l'émotion dépressive peut y avoir sa part, il est certain que l'ébranlement et la fatigue du système nerveux sont aussi directement en cause. L'insomnie préalable intervient, et, pendant tout le temps du bombardement, l'impossibilité d'obtenir un sommeil normal. Mais la stupeur confuse n'est pas uniquement un sommeil. Ce n'est pas une sorte de défense de l'organisme, c'est une défaillance de celui-ci. L'insomnie, on le sait depuis longtemps et on le prouve depuis

quelques années par des expériences du plus haut intérêt (Piéron), crée des toxines. Les hommes placés dans ces conditions particulières où s'additionnent l'insomnie, le ravitaillement en aliments et en liquides insuffisant — l'influence accessoire de l'alcool pris comme excitant temporaire, mais qui, à la longue, agit comme toxique — ces hommes sont, avant tout, des intoxiqués chez lesquels l'ébranlement matériel donne peut-être au système nerveux une susceptibilité particulière. A ce titre, ils appartiennent bien à l'histoire de la confusion mentale.

Du reste, il faut bien rappeler que la confusion mentale aiguë avec stupeur peut se voir en dehors de la ligne de feu, comme simple accident autotoxique. Elle est alors d'un pronostic moins bon que les cas provenant du champ de bataille, et qu'un court repos suffit d'ordinaire à éclaircir beaucoup. Elle s'est développée plus lentement, souvent à la faveur d'un état dépressif dans lequel interviennent des idées délirantes de nature mélancolique. Pathogéniquement, c'est un hybride, sur lequel nous aurons à revenir.

Il y a aussi des cas de stupeur confuse qui surviennent soudain, ou plutôt chez lesquels l'élément stupeur se manifeste tout à coup, dans le cours d'un état confus, passé inaperçu jusqu'alors. J'ai dans mon service un homme qui, étant en première ligne dans un secteur particulièrement dur, fit une fugue, pour laquelle il fut condamné à mort par un Conseil de guerre du front. Au prononcé de l'arrêt, il s'effondra dans une attitude stupide, *attonitus*. Malgré de fortes présomptions de simulation il fut soumis à une expertise médico-légale, qui permit de reconstituer la phase préalable de délire onirique, au cours de laquelle la fugue avait eu lieu, et de prouver la nature pathologique de celle-ci. L'état de stupeur a peu à peu disparu, mais il a mis plusieurs mois à se dissiper, et il reste une diminution mentale qui peut bien devenir chronique.

§ 5. — Confusion mentale amnésique.

Dans toute confusion mentale, il y a un élément amnésique ; peut-être, dans les psychoses de guerre est-il plus marqué encore que dans les confusions infectieuses et toxiques du temps de paix. En tous cas, il prend parfois une valeur exceptionnelle ; il y a des confusions dont presque toute la symptomatologie se réduit au trouble de la mémoire. Il faudrait dire la symptomatologie *appa-*

rente ; ici encore le trouble est plus profond qu'il ne paraît au premier abord. Mais au front, dans les conditions où un diagnostic doit être établi, les apparences ne sont pas à négliger. Voici un homme, qui est bien le « fatigué » dont il a été question plus haut à propos de la confusion mentale simple, mais qui physiquement paraît avoir encore un certain ressort. Ce qui frappe chez lui, c'est qu'il oublie : consignes, précautions élémentaires, faits du jour, tout s'est effacé de sa mémoire. En l'interrogeant, on s'aperçoit qu'en réalité les souvenirs se sont évanouis parce qu'ils n'étaient pas fixés. C'est, au plus haut point, une amnésie de *fixation*, une incapacité de saisir et de conserver les impressions.

En réalité, c'est en même temps, et préalablement, un trouble de l'attention et de l'idéation. Cet homme ne comprend pas, et son attention est instable. Lorsqu'il s'agit d'un sujet que l'on a connu normal quelque temps avant, la première pensée qui vient est encore une fois celle qu'il y a mauvaise volonté ou simulation.

Assez souvent, heureusement, une circonstance fixe le diagnostic et en même temps les signes sont plus nets. L'accès amnésique survient à la suite d'un événement particulier, impressionnant, ou plus encore d'un effort prolongé. Il éclate au cantonnement, après une attaque, ou simplement en revenant des tranchées. Nous retrouvons là cette défaillance de la tension nerveuse poussée à bout, qui est l'une des conditions principales de ces psychoses aiguës. L'amnésie peut se produire subitement, à un degré invraisemblable. Ce sont des hommes, des officiers, qui ne savent plus leur âge, le numéro de leur régiment, leur nom même, ou s'ils sont mariés. Ceci est une espèce d'amnésie *totale*, qui n'est pas absolument exceptionnelle. Elle était connue déjà depuis longtemps, en pathologie coloniale surtout, et rapportée tantôt au paludisme larvé, tantôt à une insolation. Il est très vraisemblable que ces causes étaient réelles, tout élément de congestion cérébrale ayant chance d'aggraver et de compliquer un état confus.

Lorsqu'elle est aussi complète, Régis l'a bien fait remarquer, l'amnésie s'accompagne en réalité d'un élément de délire onirique. C'est parce que leur cerveau est hanté par des images délirantes que les sujets ont une telle *distraction* en ce qui concerne leurs souvenirs les plus naturels.

L'amnésie est aussi un mode de terminaison de la confusion mentale, comme Séglas l'a montré dans ses *Leçons*, demeurées

classiques. Il est de règle que, de l'accès délirant ou de la période de stupeur, le convalescent ne conserve que quelques souvenirs vagues, ou même l'impression d'un « trou ». Pour les faits récents aussi son attention revient lentement. C'est, une fois de plus, un phénomène de fatigue, de distraction.

Chavigny a désigné par le terme d'*aprosexie* (inaptitude à l'attention) la confusion mentale amnésique, dont il a donné de très intéressants exemples. Dans l'un, à l'origine duquel il y avait un choc émotif et en même temps une chute de trois mètres de hauteur, le tableau clinique a présenté un mélange d'amnésie et d'automatisme, voisin de la stupeur.

Il faut bien s'attendre, du reste, à ce que cette amnésie confuse revête des formes infiniment variées ; le tempérament des sujets et les circonstances réglant ses modalités. On en trouvera une étude remarquable dans le deuxième article de Georges Dumas sur les troubles mentaux et la guerre, dans la *Revue de Paris* du 15 juillet 1916. Georges Dumas a fait une remarque qui cadre entièrement avec mes propres observations ; c'est que dans les amnésies globales, les malades conservent le souvenir des connaissances pratiques tombées depuis longtemps dans l'automatisme. Par contre, dans les amnésies où le souvenir du passé est à peine touché, ce sont des connaissances spéciales, et qu'on aurait souvent des raisons de croire fixées par l'automatisme, qui sont atteintes.

Georges Dumas signale le fait d'un homme qui avait oublié le latin ; j'ai vu à plusieurs reprises des polyglottes, qui avaient perdu une langue parfaitement usuelle, mais non maternelle. C'est une particularité que l'on retrouve dans les traumatismes cérébraux, comme nous le verrons plus loin.

Les confusions amnésiques ne sont pas de simples curiosités cliniques ; elles soulèvent parfois des problèmes médico-légaux qu'il faut connaître. D'abord celui des *fugues*, qui surviennent dans une phase amnésique en vertu de l'automatisme, d'autant plus graves pour leur auteur que les symptômes de confusion mentale sont au minimum et que l'interrogatoire du sujet ne dispose pas en sa faveur. Comme il ne se rappelle rien, comme il ne peut fournir aucun prétexte valable pour sa fugue, on ne tire rien de lui — de là à le considérer comme réticent, et comme « faisant la bête », il n'y a qu'un pas.

Il y a pire que les mésaventures individuelles d'un fugueur

amnésique, pire que la défaillance d'une mémoire obscurcie. Il y a les faux souvenirs, qui donnent le change pour des vrais. En l'espèce, cela s'appelle la *fabulation*. Des hommes viennent raconter des faits d'armes auxquels ils ont assisté, et que l'enquête démontre imaginaires, ou dénoncer, avec un luxe impressionnant de détails, des intelligences avec l'ennemi dont ils ont surpris la trace. On voit d'ici les conséquences. Assurément, si on examine de près ces témoins dangereux, on peut retrouver chez eux des signes de confusion mentale, s'apercevoir d'un certain décousu dans leur récit, de contradictions ou d'invraisemblances. Mais il faut un esprit averti pour avoir une telle méfiance.

Ces faux témoins sont de bonne foi. Tout au plus, s'il s'agit de névropathes avérés, peut-on se demander s'ils n'exagèrent pas leurs affirmations, s'ils sont aussi sûrs qu'ils le disent de la réalité de leurs récits. Le trouble singulier dont ils sont les premières victimes est bien connu. Il a été décrit notamment à propos de la *psychose polynévritique*, qui, comme chacun sait, dépend de lésions cérébrales en dépit de son nom.

De même dans la *presbyophrénie*, qui est une variété de démence sénile. Cette fabulation tient à l'incertitude et au vague des souvenirs réels, et aussi à des erreurs de mémoire, telles que l'illusion du *déjà vu* ou *déjà éprouvé*. La psychose polynévritique et la presbyophrénie sont des processus en partie toxiques, en définitive des variétés de confusion mentale. Rien d'étonnant par conséquent à ce qu'on retrouve ces particularités psychologiques dans la confusion mentale de guerre, où la gravité des événements, la rapidité de leur succession, l'imprévu dans lequel ils se déroulent parfois sont bien de nature à frapper l'imagination et à fausser les souvenirs.

§ 6. — Résumé clinique.

La confusion mentale englobe l'ensemble des phénomènes morbides liés à l'insuffisance aiguë et temporaire des centres corticaux, insuffisance limitée à la partie la plus délicate des fonctions psychiques. Elle laisse subsister intact le mécanisme de ce qu'on appelle, faute d'un terme meilleur, l'inconscient ; elle correspond à l'obnubilation du centre O dans le schéma de Grasset ; les manifestations délirantes traduisent l'activité de l'inconscient.

Les conséquences militaires de ce désordre cérébral sont d'au-

tant plus graves que certaines formes de confusion mentale peuvent passer inaperçues. Il est donc nécessaire de préciser l'origine de l'état confus et les conditions du diagnostic.

Il sera du reste souvent possible de reconnaître les formes frustes en recherchant avec soin les troubles du sommeil, de la mémoire, et la désorientation des sujets. On notera également les signes de toxi-infection digestive ou générale, l'affaiblissement de l'activité circulatoire et sécrétoire, la diminution fréquente du volume de l'urine, le déséquilibre de la température, soit en plus, soit en moins, et parfois d'autres signes attestant l'atteinte encéphalique, troubles vaso-moteurs, sensoriels, ou même crises convulsives légères ou paralysies incomplètes et transitoires.

§ 7. — Etiologie.

Les confusions mentales du temps de paix ont une origine *infectieuse* ou *toxique*. Il est exceptionnel qu'un élément émotif intervienne dans leur production. Pour les confusions mentales de guerre, il n'en est pas de même. L'*émotion*, celle surtout qui déprime, est une cause puissante de fatigue nerveuse. Elle produit un véritable surmenage cellulaire, et en outre elle agit souvent comme élément déterminant, par son intensité même. Il faut donc ajouter, pour un nombre considérable de cas, son action à celle de l'intoxication et de l'infection.

Il y a aussi des confusions mentales dont il n'a pas été question jusqu'ici, ce sont celles des blessés. La *douleur*, *l'hémorragie* sont par elles-mêmes, et avant le développement de l'infection, des éléments qu'on peut presque s'étonner de ne pas trouver plus nocifs pour le cerveau. En fait, nous les retrouverons dans les états dépressifs. Mais il faut noter au passage que l'ancien délire des blessés, évidemment infectieux, n'était autre qu'une confusion mentale.

S'il n'y a qu'un petit nombre de blessés qui soient en même temps des confus, la confusion mentale fait partie, par contre du *syndrome commotionnel*. En dehors des blessés et des commotionnés, d'où proviennent donc, pratiquement, les confus ? Les *maladies infectieuses*, même après guérison de la période fébrile, les infections typhiques et paratyphiques notamment, la pneumonie, la grippe, une bronchite aiguë sont responsables d'un certain nombre de cas. Il est même possible qu'exceptionnellement la vaccination antityphique ait eu la même action.

Les *toxi-infections gastro-intestinales*, et souvent même *alimentaires*, ont une importance numérique beaucoup plus grande, bien mise en lumière notamment par Chavigny. Il faut y joindre encore la *chaleur*, et surtout *l'insolation*, dont les cas ont été assez nombreux à l'armée d'Orient. Mais la somme de toutes ces conditions favorisantes ou déterminantes n'équivaut pas au rôle de l'alcool. Celui-ci, capable à lui seul de réaliser les confusions mentales les plus graves, exerce au minimum un rôle d'appoint dans un nombre considérable de cas.

Enfin, il y a des états confus pour lesquels les influences infectieuses et toxiques sont extrêmement restreintes, et qui dépendent uniquement, ou à peu près, de *l'émotion agissant sur un terrain prédisposé.* Certains sont, au point de vue clinique, des types atténués, tels ces malades de mon service qui le jour étaient normaux, et dont l'état morbide n'apparaissait que la nuit, sous forme d'épisodes hallucinatoires qui n'étaient que des accès de somnambulisme, créés par la guerre et colorés par elle.

Ou bien, au contraire, ce sont des confusions mentales agitées, à grand fracas, correspondant à ce que Séglas avait décrit sous le nom de *délire hallucinatoire*, et Farnarier sous celui de *psychose hallucinatoire aiguë.* Ce sont bien des cas de confusion mentale, mais d'une nature plus *vésanique.* Ils se produisent parfois sous la forme de psychose à rechutes, sinon périodique. L'exemple suivant peut servir de type :

R. 29 ans. Deux frères morts de méningite. Mère névropathe et déséquilibrée. Lui-même, à 18 ans, a passé par l'Infirmerie spéciale du Dépôt et a fait un court séjour à Sainte-Anne à la suite d'un accès subit d'excitation. Brusquement, sans motif, il s'était mis sur la voie publique à outrager par cris, discours et inscriptions à la craie sur les murs, un personnage politique important. Au front, les premières semaines de son arrivée, il ne ferme pas l'œil, puis il retrouve un sommeil médiocre. Un jour, au cours d'un bombardement modéré, il reprend une crise d'excitation violente et incohérente. Elle se calme en quelques heures. Peu après, même scène, au cours de laquelle il quitte sa compagnie. Evacué sur mon service, trois jours après, il est d'abord absolument calme le jour, mais la nuit a des cauchemars, au cours desquels il a une mimique de combat, ou au contraire se contente de parler à haute voix. Puis l'agitation augmente, et devient diurne, avec manifestations hallucinatoires terrifiantes, visuelles et auditives. On est obligé de l'interner, en raison de la violence de ses réactions. Il se calme, reprend une lucidité totale, puis au bout de quinze jours refait

pendant quatre jours un nouvel accès délirant. Nouvelle guérison apparente. Réformé n° 2 et rendu à sa famille sur les instances de celle-ci, il est repris, dans la nuit qui suit son retour chez lui, d'un accès plus furieux que les autres, au cours duquel il manque de tuer sa femme. On l'interne à nouveau.

Voici donc un cas où l'élément toxi-infectieux n'est rien en comparaison de la prédisposition émotive, et même vésanique. Je l'ai indiqué avec détails parce que la lucidité parfaite dans l'intervalle des accès pourrait faire penser que ceux-ci sont simulés. De fait, l'homme avait été évacué du front avec le diagnostic de simulation. Ces cas sont rares, mais pas exceptionnels. A noter qu'en général l'alcool n'y est pour rien.

§ 8. — Diagnostic.

Pour être pratique, le diagnostic de la confusion mentale de guerre doit s'attacher beaucoup moins à la classification psychiatrique qu'au point de vue pronostic et thérapeutique. Facile dans les formes classiques, il peut devenir extrêmement ardu.

Le symptôme confusion est pris assez souvent pour de la *démence*, et entre autres pour celle de la *paralysie générale.* Cette erreur est parfois très excusable. Il y a beaucoup de confus — et je ne parle même pas des commotionnés — qui ont de l'exagération des réflexes, du tremblement des mains et de la langue et de l'inégalité pupillaire. En pareil cas, c'est, à défaut d'anamnestiques, l'observation dans un centre neuropsychiatrique qui tranchera la difficulté.

Souvent on éprouve le plus grand embarras à distinguer une confusion mentale agitée d'un *accès maniaque* ou d'un *accès délirant polymorphe.* Outre les signes physiques, qui manquent dans ces deux derniers cas, la distinction peut se faire par l'incohérence plus grande du délire du confus, et par la torpeur intellectuelle qui existe même quand il y a de l'agitation motrice. Comme on l'a vu, le diagnostic du délire aigu mortel avec la *rage* est un diagnostic bactériologique, car la période clinique de la rage n'est qu'un délire aigu.

Les *états dépressifs*, dont il va être question, ont avec la con fusion mentale des liens nombreux, soit qu'il s'agisse d'une association de deux processus différents, soit que, dans des formes tranquilles notamment, on ne puisse aisément déterminer les

caractères cliniques de l'un ou de l'autre type. Cette particularité tient à ce que, pas plus que la confusion mentale, les états dépressifs ne sont une maladie autonome et semblable à elle-même. Les deux ordres de faits ont, comme nous l'avons indiqué déjà, un point de départ commun : la phase préalable de fatigue, de torpeur cérébrale, et d'insécurité, ce dernier caractère plus marqué dans les états dépressifs.

L'automatisme, qui joue un si grand rôle chez les confus, est encore plus connu dans les *névroses*: hystérie, somnambulisme, épilepsie même. C'est là un des points les plus délicats du diagnostic, d'autant qu'à l'armée beaucoup de confus sont atteints de formes relativement légères, et sont pris aisément pour des névropathes. Assurément il y a de grandes ressemblances entre ces divers « états seconds ». Mais leur traitement diffère, et il convient de rechercher les autres symptômes et d'éviter, par exemple, de soumettre un confus à des essais de psychothérapie voués à l'échec.

§ 9. — Traitement.

Le traitement de la confusion mentale est à la fois pathogénique et symptomatique. Pour les malades du front, la première indication est le *repos*. Même pour ceux qui n'ont qu'un minimum d'élément émotif à l'origine de leurs accidents, le bruit du canon est une condition absolument défavorable au traitement. Donc, sauf pour les cas très légers et destinés à se dissiper en quelques heures ou très peu de jours, évacuation à l'arrière, autant que possible dans un centre calme et non bombardé par avions. Si les signes sont sérieux et réclament un traitement de quelque durée, évacuation sur un centre psychiatrique d'armée, qui doit être installé pour un traitement complet.

Là, ou dans un centre d'intérieur si le centre d'armée est insuffisant, les indications sont encore le *repos* et la *désintoxication*. Les malades doivent être couchés, isolés le plus possible les uns des autres, laissés dans le silence, parfois, lorsqu'il y a de l'agitation, dans une demi-obscurité, ou dans une chambre éclairée seulement par une lumière bleue. Les bains prolongés calmeront l'agitation et ramèneront le sommeil. S'ils échouent, on pourra employer les calmants chimiques, mais avec une extrême prudence, pour ne pas augmenter l'état d'intoxication.

On agira surtout sur le *tube digestif*, d'abord pour le désencom-

brer, ensuite pour ramener son activité fonctionnelle. Les confus de guerre, qui sont des surmenés, maigrissent vite ; l'inanition est une complication de leur état qu'il faut éviter. D'où, à la suite des *purgatifs*, l'usage de *préparations toniques* : noix vomique, amers, cola, quinquina.

La bouche et les dents seront nettoyés avec soin : les fermentations digestives anormales sont nuisibles à tous égards. Si la *diurèse* est insuffisante, on cherchera à la ramener par des tisanes ou des eaux diurétiques, en dehors des repas et par petites quantités, pour ne pas aggraver l'atonie gastrique. Si celle-ci est tenace, un bon moyen de la vaincre est le lavage de l'estomac à la sonde, suivant la méthode de Régis.

Même en cas d'intoxication profonde, il vaut mieux ne jamais faire de saignée ; les confus sont pratiquement des anémiés, chez lesquels la destruction globulaire est accrue, une hémorragie aggraverait leur état. Toutefois, cette indication générale peut se trouver infirmée dans certains cas spéciaux (intoxication par les gaz notamment). On se conformerait, bien entendu, en pareille circonstance, aux règles particulières qu'elle comporterait.

Parfois, la phase durant laquelle le fonds mental se dégage est hâtée par l'administration d'une dose un peu forte de *digitaline*, vingt gouttes au moins de la solution au millième de digitaline cristallisée, dose que l'on ne renouvellera qu'au bout de trois jours. On ne se servira, ni de la caféine, qui excite trop les malades et compromet le sommeil, ni de la théobromine, diurétique puissant, mais qui a l'inconvénient de produire facilement des poussées douloureuses de congestion cérébrale.

Très souvent, et surtout quand il y aura un élément infectieux caractérisé, des inhalations d'*oxygène* auront un heureux effet. On a même préconisé, avec moins de succès peut-être, des injections sous-cutanées d'oxygène. Dans le même ordre d'idées, le nucléinate de soude sous la peau (0,50 centigrammes en solution à 1/20) produit une brusque décharge leucocytaire qui est surtout utile dans les cas traînants et prolongés.

Une assez longue convalescence est en général à prévoir dans les cas sérieux. On verra plus loin les décisions militaires à envisager en pareil cas.

II. — LES ÉTATS DÉPRESSIFS

Voici un exemple qui montre bien que les troubles mentaux de guerre ne sont le plus souvent que des accidents, qu'expliquent à la fois les circonstances et la prédisposition des sujets. A mesure que la guerre se prolonge, les états dépressifs augmentent de fréquence ; ils étaient exceptionnels au début. Cette augmentation de fréquence ne traduit pas une lassitude des troupes, qui s'expliquerait pourtant, elle tient à ce que les conditions de la guerre ont changé. Il est aisé de s'en rendre compte en examinant tour à tour le mécanisme de ces états dépressifs et leurs diverses variétés.

§ 1. — Les circonstances déprimantes et l'anxiété diffuse.

La dépression psychique et physique s'établit dans la règle lentement, et résulte de l'addition de nombreux facteurs. Mais elle peut être brusque, et c'est un premier cas à envisager.

Blessures. — Le mode ordinaire de dépression brusque, c'est la blessure. Jusqu'alors l'homme a marché bravement, il a enduré les pires privations ; sous le feu de l'ennemi il a dompté la révolte de sa chair. Une fois, deux fois, dix fois, il a triomphé, volontairement, consciemment, de l'affre suprême, il a escaladé le parapet de la tranchée pour partir à l'attaque. Il est touché — légèrement — il ne souffre pas encore, ou peu — et déjà la volonté tendue qui le portait au combat est relâchée. Il quitte la place où il est tombé, et avec ses autres compagnons de misère qui viennent de côté et d'autre, il s'achemine vers le poste de secours. La bataille ne l'intéresse plus. Il s'en va comme un joueur qui a fini sa partie et qu'on vient de remplacer. Et sa pensée est si bien fixée sur l'abri tutélaire vers lequel il se hâte, qu'en chemin il fait des imprudences, passe au plus court, néglige la protection élémentaire que des mois de guerre ont pourtant rendue chez lui naturelle et comme automatique.

Et quand un peu de temps a passé, et qu'il est aux mains de ceux qui vont le soigner et l'évacuer, alors la dépression s'accentue, les ressorts se détendent tout à fait. Brave vis-à-vis de la

douleur physique, il manifeste vis-à-vis de l'anxiété morale un manque de résistance qui étonne chez certains. C'est la panique qui éclate dans l'ambulance bombardée, dans le train sanitaire immobilisé dans une gare que visent les avions ennemis.

Ainsi le facteur moral peut être abattu tout d'un coup, et il l'est d'ordinaire par le fait même qui est venu démontrer au sujet qu'il n'était pas à l'abri de la mauvaise chance. C'est une indication que nous retrouverons plus tard.

Cette dépression, à laquelle il semble que la plupart des blessés paie tribut, n'est qu'un accident de quelques heures, au plus de peu de jours, chez l'immense majorité d'entre eux. Il ne viendrait à l'idée de personne de la considérer comme un trouble mental — mais il ne faut, ni la tenir pour insignifiante, ni la prendre pour une simple défaillance du courage, sans retentissement possible. J'ai indiqué que les états dépressifs sont ceux où les influences morales jouent le plus grand rôle ; mais on peut précisément voir ici que le moral n'est jamais seul en cause, quand il est touché sérieusement, et que le physique intervient à son tour.

Le médecin-major Haury, dans un intéressant article de la *Presse médicale,* a décrit les « retentissements psycho-organiques de la vie de guerre ». Il a fourni d'excellents arguments aux partisans de l'évacuation rapide des blessés dans une zône où ils puissent avoir pleinement l'impression de la sécurité. Il est hors de doute que la résistance organique s'accroît rapidement quand cette condition est réalisée, la réaction vitale des tissus s'améliore, les chances de shock s'atténuent. Or s'il en est ainsi, c'est bien parce que cet état émotif spécial a dépassé dans ses effets la sphère affective, et parce que l'ensemble de l'organisme est touché.

C'est ce qui explique que l'on assiste, de temps à autre, à un état dépressif anxieux à la suite d'une blessure, et que le délire des blessés, qui peut être un accès d'agitation par confusion mentale onirique, prenne parfois la forme d'un délire mélancolique.

Fatigue. Insomnie. Froid. — Les blessures ne produiraient pas cette phase variable de dépression si la vie du front n'était pas, par elle-même, par sa durée surtout, un élément terrible de dépression morale. Tous ceux qui ont étudié la neurasthénie, cet état dépressif élémentaire où dominent les phénomènes organi-

ques, ont été frappés du rôle décisif de la fatigue, lorsqu'elle se joint aux émotions.

Quel jeu d'enfant que les tribulations des neurasthéniques de l'avant-guerre auprès de cette existence où le repos complet devient de plus en plus illusoire et où il faut que l'homme s'adapte à des conditions qui eussent paru théoriquement irréalisables !

La *fatigue*, qui résulte, non seulement des marches fréquentes sous le poids de l'équipement, par les voies les plus incommodes, mais aussi de l'impossibilité de se déshabiller, de se laver, et de dormir suivant le rythme normal de l'activité humaine, serait suffisante à elle seule ; il s'y joint l'*insomnie*. Certes l'on s'habitue à tout, et tel vous dira qu'il dort au front aussi bien que jadis chez lui. Mais ce n'est là que l'adaptation de la bête aux nécessités courantes, une manière de dormir qui trompe le besoin du corps harrassé, ce n'est à aucun degré le vrai repos du système nerveux.

Le *froid*, l'humidité, la boue glacée qui fait carapace, l'*immobilité* qui engourdit et qui est sans remède, les conditions de l'installation, les ébranlements, l'odeur, tout semble combiné pour user les résistances physiques. Et ce n'est que le petit côté de la question.

Les facteurs moraux. — Le *danger* permanent, auquel on s'habitue par une sorte de fatalisme désabusé, dont au fond les hommes ne sont pas dupes, est de ceux qui ne se laissent pas oublier. Même dans les unités les plus privilégiées les pertes sont trop continues, ou ont été trop fortes, pour que le souvenir des spectacles d'horreur ne poursuive pas ceux qui se sentent encore dans la main du destin. Et ce n'est pas seulement le danger prévu, c'est surtout celui qu'on ne connaît pas, l'incertitude perpétuelle de ce que sera demain. C'est l'attente d'une attaque de l'ennemi, celle, pire, d'une attaque à faire ; c'est le guet dans la nuit, les longues heures au créneau ou au poste d'écoute. Pour les chefs c'est un sentiment de plus, singulièrement déprimant pour les âmes scrupuleuses, la *responsabilité*. Beaucoup d'officiers, d'une remarquable tenue morale, quand il ne s'agissait que d'eux-mêmes, ont cédé devant leur responsabilité. Pour certains, il faut tenir compte aussi de la *promiscuité* avec des camarades d'une éducation moins raffinée. Piètre raison, en apparence, auprès du danger. Non ; ceux qui souffrent de la pro-

miscuité sont ceux qui, plus délicats ou plus sensibles, auraient le plus besoin de vivre en société avec leurs semblables, de s'appuyer sur eux au milieu de cette perpétuelle angoisse. De se sentir séparés de ceux qui les entourent par une incompréhension profonde, ils sont plus seuls encore.

Pour chacun, c'est le *dépaysement*, la *séparation* d'avec les siens, l'inquiétude à leur sujet ou l'incertitude de l'avenir : les espérances de situation perdues, la gêne ou pire encore, et c'est l'*attente*, la durée indéfinie de cette guerre pour laquelle on était parti en chantant, avec l'idée qu'elle durerait deux mois. Ainsi, à chaque automne, le nombre des déprimés augmente quand, avec les jours qui déclinent, revient la certitude d'un nouvel hiver de souffrances. Il y a, dans cet enfer moral, des élus entre tous : ceux qui ont de mauvaises nouvelles du pays, ceux qui n'ont pas de nouvelles. Qu'on pense aux contingents des départements envahis, auxquels le caractère de cette guerre ne permet pas la vengeance immédiate et violente...

Les influences sexuelles. — Depuis que la doctrine de Freud et sa psycho-analyse ont mis à la mode l'étude des influences sexuelles dans les états dépressifs et anxieux, il n'est plus permis de n'en point tenir compte quand il s'agit d'une collectivité vouée à une continence durable. Il est fort possible, en effet, que la situation se complique, pour un certain nombre, d'exigences fonctionnelles inassouvies. Mais le rôle déprimant de la continence ne doit pas être envisagé d'une manière absolue et générale. Déjà, la plupart des études qui ont été consacrées à la psycho-analyse réduisent le fait du facteur sexuel. Et tout dépend des circonstances. Pour la vie du front tout au moins, il ne faut rien exagérer. La chasteté, qui pèserait terriblement si l'on était en sécurité et dans l'inaction, passe au second plan quand l'existence est en jeu. On pense à bien autre chose dans la tranchée. Sauf peut-être ceux chez lesquels la souffrance de la séparation est rendue plus amère par une idée de jalousie, justifiée ou non. Là est un facteur réel de dépression, parce qu'il crée une obsession plus forte que les circonstances de la vie réelle, et d'où peut naître une impulsion mauvaise.

L'état antérieur. — Le fait est là : des millions d'hommes ont été soumis à cette somme d'influences déprimantes, l'immense majorité a tenu. Il y a donc une inégalité de résistance indivi-

duelle. Ici intervient la notion de l'*état antérieur*, et des prédispositions. Celles-ci sont à la fois morales et physiques. Les prédispositions morales se résument à la *constitution émotive* de Dupré dont nous avons déjà parlé. Il ne faudrait cependant pas croire que tous les émotifs font nécessairement des déprimés de guerre. Beaucoup, au contraire, tirent de leur constitution même des aptitudes aux actions d'éclat, qui les lient et les soutiennent dès l'instant où ils ont réussi. Mais il y a assurément des poltrons. La plupart sont retenus par le respect humain. Quelques-uns, infiniment rares, ne peuvent dompter leur terreur et sont pratiquement inutilisables au feu. Ce sont des malades, des malades de la volonté, mais ce ne sont pas des déprimés mélancoliques. Leur anxiété n'a rien de commun avec celle des délirants dont il sera question plus loin.

J'ai déjà indiqué qu'il y avait une constitution émotive *acquise* par un *traumatisme antérieur*. Il y a là un fait d'expérience indéfiniment répétée, et dont il faut tenir le plus grand compte. Comme le dit André Gilles, « ce qui enhardit, c'est la chance ».

Il y a aussi des *prédispositions physiques*. L'état du tube digestif et de la nutrition, si important pour la confusion mentale, n'est pas à négliger. Les soins qui ont été pris pour le ravitaillement des troupes ont fait beaucoup pour leur moral. Mais les appareils circulatoire et respiratoire sont tout aussi importants. Sans entrer dans la discussion du mécanisme des émotions, on peut rappeler leur retentissement vasculaire. Les gens à appareil circulatoire fragile ou en état d'hypotension permanente sont, dans l'ensemble, des candidats à la dépression morale. On peut soutenir qu'il ne s'agit là que d'influences primitivement nerveuses, que l'hypotension est d'ordre névropathique, mais c'est une théorie qu'il ne faut pas généraliser et qui est contestable pour beaucoup de cas tout au moins.

Dans le même ordre d'idées, la *tuberculose* exerce une action déprimante certaine. Il y a beaucoup de tuberculeux au front, peu atteints assurément, porteurs de lésions discrètes, mais lentement intoxiqués, ayant peut-être des localisations surrénales, ou de ces points de pleurite qui gênent l'expansion thoracique et sont angoissants par la seule douleur physique qu'ils provoquent.

L'anxiété diffuse. Les idées obsédantes. — Les considérations étiologiques qui précèdent avaient leur raison d'être. C'est

de tout cela que sont malades les hommes que l'on évacue pour un état dépressif, c'est de tout cela qu'il faudra tenir compte pour les guérir et les faire repartir. C'est à la faveur de ces circonstances, dont, encore une fois, la principale est la durée, que, chez les moins résistants ou les plus éprouvés, se constitue peu à peu un état d'insécurité pénible, puis de souffrance morale vague, qui n'est pas de la peur de la mort ou des hasards de la bataille, mais quelque chose de différent. Le sujet, de même que le confus au début, passe insensiblement de la réaction émotive normale et du raisonnement lucide à un état particulier où l'indifférence affective s'allie à une anxiété générale, et aussi à l'incapacité de raisonner ses idées comme auparavant. Lentement, certaines idées parasites se développent dans le champ de la conscience. Parfois ce sont des idées légitimes, des soucis réels, par exemple au sujet de la famille laissée au loin. Parfois aussi ce sont des idées absurdes ou tout au moins exagérées, un scrupule, la crainte d'une responsabilité, de l'opinion des camarades. L'homme « se fait des idées », et celles ci deviennent de plus en plus tyranniques, *prévalentes*. Suivant ses croyances et ses habitudes religieuses, la tournure de son esprit, suivant aussi le hasard des circonstances, ses idées prendront un tour mystique ou au contraire resteront dans le domaine pratique. Mais, même religieuses, elles auront un caractère pathologique. La confession, l'absolution reçue de l'aumônier ne calmeront pas les scrupules. Ceux-ci ne seront pas la réaction d'une âme fervente, mais l'inquiétude anxieuse d'un malade.

La nuit, qui en voilant les objets réels livre l'esprit aux créations fantaisistes de l'imagination, la nuit du front, pleine de mystère et de menaces, développe les idées obsédantes et surtout l'anxiété. Quand celle-ci s'est établie, elle se fixe, par une atteinte parallèle de l'état général. L'homme ne mange plus, se constipe, s'intoxique et s'affaiblit. Quelquefois il se renferme en lui-même, ou bien il se présente à la visite. Mais là il ne peut pas s'expliquer : il ne souffre de rien de précis, il ne sait pas lui-même ce qui pèse sur lui. Il a bien l'anxiété, mais il l'exprime par des impressions physiques de poids sur la poitrine qui ne correspondent à rien de sensible à l'examen. Si on l'y encourageait, il arriverait peut-être à décrire ses affres, mais on ne dit pas qu'on a peur, au front. Et voilà pourquoi, s'il ne tombe pas sur un médecin particulièrement averti, il est pris pour un carottier, et ne reçoit aucun encouragement à revenir.

Alors, cela dure plus ou moins longtemps ; le hasard d'une relève, une permission, le départ d'un chef qui ne l'avait pas compris et dont il avait peur, peuvent rendre au malade la possibilité de lutter, de se reprendre, ou bien il s'enlise, et, s'il n'est pas évacué à temps, il va vers les impulsions ou les délires.

§ 2. — Les impulsions anxieuses.

Ce premier stade des états de dépression est en somme un état psychasthénique. Il a de la psychasthénie l'anxiété, les idées obsédantes, le doute morbide que nous retrouverons plus loin, et aussi les vaines agitations et les *impulsions*. L'homme qui est dans cette situation instable est très suggestible: Il a en même temps le désir d'échapper à son obsession, de s'en évader. Ainsi naissent diverses sortes d'*impulsions*.

Le *suicide* n'a pas besoin d'une longue souffrance et d'un dégoût raisonné de l'existence pour être tenté. C'est le fait, le plus souvent, d'une impulsion soudaine, d'un *raptus*, surtout sous l'influence de la nuit d'insomnie. Le petit jour est l'heure dangereuse. On sait la valeur des autosuggestions, la contagion de l'exemple en pareil cas.

La *mutilation volontaire*, le coup de feu à la main gauche, si grave aussi comme exemple, mais dont on a peut-être exagéré la fréquence, peut très bien être le fait d'une impulsion subite, chez un déprimé qui n'avait eu aucun désir conscient de se faire frauduleusement évacuer.

Les *fugues* sont beaucoup plus fréquentes, nous les retrouverons au chapitre médico-légal. Je voudrais seulement faire remarquer que chez les anxieux, elles constituent aussi des raptus, d'autant plus intéressants qu'ils peuvent être tout à fait inconscients.

Nous sommes ici sur un terrain obscur de la neuropathologie, à la limite en quelque sorte de plusieurs états que l'on pourrait croire fort éloignés les uns des autres : la confusion mentale, la psychasthénie, l'épilepsie, le somnambulisme. J'ai cherché, il y a quelques années, à montrer les rapports qu'il y a, au point de vue des raptus notamment, entre ces divers états. La guerre fournit des arguments nouveaux à cette démonstration. Déjà, à propos de la confusion mentale, nous avons vu les liens entre le sommeil simple, le sommeil troublé par des cauchemars, le somnambulisme et l'onirisme hallucinatoire. Nous avons vu,

lors d'un bombardement prolongé, le sujet entrer dans cette torpeur singulière qui ne laisse guère subsister qu'une sorte d'automatisme. Assurément, dans ce cas particulier, des influences morales déprimantes se mêlent à la fatigue nerveuse.

Ce qu'il faut retenir de pratique, de tout ceci, c'est que les actes impulsifs des anxieux correspondent, eux aussi, à une sorte d' « état second », qu'ils ne sont nécessairement ni des actes d'indiscipline justiciables de toute la rigueur du Code militaire, ni des actes de fou constitutionnel, voué à l'internement. Les circonstances de guerre sont au premier chef des occasions dans lesquelles se développe l'automatisme.

§ 3. — Les délires anxieux.

C'est à dessein que j'emploie l'expression de délire *anxieux* plutôt que de délire mélancolique. L'anxiété est un caractère commun à tous ces délirants. Même dans les formes calmes de mélancolie, *éteintes* si l'on peut dire, on retrouve, en interrogeant le malade, une idée à caractère anxieux, qui agit d'une manière inhibitrice sur le fonctionnement cérébral. Cela au moins pour les gens qui arrivent du front. Mais ce sont les plus importants à bien connaître, et c'est pour eux surtout que ce livre est fait.

Donc, il y a des hommes qui dépassent la forme préalable d'angoisse diffuse et qui se mettent à délirer. Le premier signe apparent de ce délire est en général l'attitude : l'homme s'isole de plus en plus, prend une expression à la fois inerte et absorbée, paraît se défier de ses camarades, ou tout au moins ne se livre pas avec eux, ou d'autres fois au contraire, confie à un ami plus intime les craintes et les scrupules dont il est obsédé.

Les idées délirantes ont un motif commun, par où l'on voit bien comment les circonstances colorent ces délires. Ce fonds psychologique, c'est la crainte, non de l'ennemi, mais des sanctions de la discipline militaire. C'est la terreur d'être en faute, d'être traduit devant le Conseil de guerre et fusillé. Presque toujours, c'est l'idée première, les autres ne viennent qu'après.

L'anxieux délirant attend donc son supplice, et toutes les circonstances de la vie militaire ou de la vie d'hôpital sont interprétées par lui comme se rapportant à son exécution qui s'apprête, ou qui n'est que temporairement retardée. Souvent l'idée arrive à son maximum d'acuité sans qu'une autre idée délirante

vienne l'expliquer. Le sujet sait qu'on va le fusiller, il ne sait pas pourquoi. C'est là en quelque sorte le cas type, schématique. Dans la règle les idées délirantes sont à la fois moins torturantes et plus variées.

L'idée première de condamnation capitale ou tout au moins de peine lourde étant implantée dans l'esprit, le sujet l'explique. Il se dit : si je dois être puni, c'est que j'ai commis une faute, ou que je suis incapable. D'où l'idée de culpabilité, ou d'indignité, la première étant de beaucoup la plus fréquente. Inutile d'insister sur la variété des délits que les malades prétendent avoir commis : négligence dans le service, manque de respect à l'égard d'un supérieur, faute vénielle ayant entraîné la mort d'un camarade, manque de courage, intelligence avec l'ennemi. Ainsi naissent les idées d'auto-accusation, dont on voit les conséquences quand elles s'expriment à des camarades ou à des chefs aussi mal préparés que possible à la critique psychologique et dont le devoir est de procéder sans faiblesse à l'égard de toute faute ou de toute défaillance.

Heureusement, ces troubles délirants sont souvent précédés par une période durant laquelle le sujet se montre anormal. *Mais les auto-accusations peuvent être le premier signe extérieur du délire.*

La tenacité de ces délires est extrême. Aucune psychothérapie n'agit, même quand ils sont limités à une idée absurde dont la nature semblerait pouvoir être démontrée à l'intéressé par une preuve élémentaire et décisive. Elles ne s'atténuent même pas nécessairement quand on soustrait temporairement le malade à ses occupations. Même dans la zône de l'intérieur, où les infractions à la discipline ont des conséquences pratiques et pénales bien moindres qu'à l'avant, les délires persistent souvent assez longtemps. J'ai eu dans mon service un G. V. C. de 45 ans, sénilisé avant l'âge, et chez lequel l'appoint alcoolique, si fréquent dans cette catégorie de mobilisés, agissait certainement. A la suite d'une phase d'anxiété générale, on avait vu apparaître chez lui le délire anxieux d'être porté déserteur. On crut bien faire en lui accordant une permission de 15 jours. Mais il la passa à revenir se présenter à son poste, craignant de plus en plus d'être en faute.

Les délires anxieux ont chez certains sujets un caractère mystique, moins souvent qu'on ne pourrait le croire étant donnés le péril extrême où se trouvent les hommes, et la fréquence chez

eux de sentiments religieux solides. Les tendances mystiques se manifestent volontiers d'une manière aiguë, chez des sujets déjà exaltés dans la vie ordinaire, et sous forme de démonstrations et de gestes à caractère un peu théâtral.

Il est inutile d'insister sur le détail psychologique, variable à l'infini, de ces états délirants. On se souviendra que ces gens, comme tous les mélancoliques, ont en même temps des troubles physiques d'auto-intoxication et de ralentissement vital (baisse de la température et de la tension artérielle, diminution des sécrétions), mais ces troubles sont beaucoup moins apparents que chez les confus, et demandent à être cherchés.

Les *circonstances* font beaucoup pour provoquer le délire chez un sujet déprimé depuis quelque temps et pour l'orienter. J'en ai vu plusieurs cas chez des officiers qui avaient eu des déconvenues de carrière ou de service, ou plutôt qui n'avaient pas obtenu, dans une opération donnée, ce qu'ils avaient espéré. C'est un chef de bataillon qui au cours d'une attaque s'est trouvé arrêté par des obstacles qu'on ne pouvait prévoir, bien qu'il ait lui-même reconnu le terrain les jours précédents au delà de ce que son devoir lui commandait. C'est un chef d'unité qui a atteint les buts assignés ou maintenu entièrement ses positions, mais se reproche à lui-même des pertes élevées qui étaient inévitables. Ce sont plus encore des officiers prisonniers. La plupart de ceux qui ont été rapatriés comme aliénés désormais inaptes à tout service étaient, à part les paralytiques généraux, des délirants anxieux, chez lesquels les soucis et les souffrances de la captivité avaient provoqué un trouble mental considérable.

Chez les hommes également, surtout si leur conscience leur reproche de s'être rendus un peu trop aisément, ce qui est du reste bien exceptionnel, la crainte du conseil de guerre à leur retour provoque une réaction délirante.

Souvent aussi le délire anxieux a une cause *locale* : c'est au sujet d'une blessure qu'il naît, et autour d'elle qu'il se fixe. J'ai eu à plusieurs reprises dans mon service des hommes qui, hantés par l'idée de la peine infligée aux auto-mutilateurs, s'accusaient avec une insistance troublante de s'être fait eux-mêmes des blessures dont l'origine était certainement naturelle. Dans leur intérêt même, et pour sauvegarder leur avenir, si le délire persistait après leur départ de l'hôpital, j'ai provoqué des enquêtes, et j'ai pu avoir au sujet de leur innocence des

certitudes absolues. Inutile d'ajouter qu'ils n'ont été convaincus par aucune des preuves qui leur étaient fournies.

Chez des sujets impressionnables, le délire anxieux peut apparaître aussitôt après la blessure. Beaucoup des blessés qui s'agitent, défont leur pansement, sont sous le coup d'un paroxysme anxieux, qui intervient chez eux en même temps que l'infection générale. Ceci est encore un des nombreux points de contact entre les états dépressifs et les états confusionnels.

§ 4. — Les délires aigus anxieux mortels.

Le lien entre l'anxiété et la confusion mentale apparaît encore dans le fait suivant, dont j'ai à l'heure actuelle au moins une dizaine d'observations pures, et qu'il faut bien connaître : après une période de préparation, qui peut être, soit un délire anxieux d'intensité moyenne, soit un état dépressif simple, tristesse vague sans délire, soit encore une situation absolument normale au point de vue mental, on voit apparaître une anxiété violente, avec gémissements, terreurs paniques, oppression respiratoire, cœur rapide et comme affolé. Les traits se décomposent, le refus d'aliments est d'emblée absolu, l'agitation motrice est incessante, et le sommeil nul. Les calmants n'agissent pas, et, en deux à quatre jours, le malade meurt, par syncope.

C'est un délire aigu, tout à fait voisin dans sa marche de celui dont nous avons parlé à propos de la confusion mentale, mais c'est un délire particulier, coordonné au point de vue psychologique, au moins au début, et caractérisé essentiellement par une anxiété extrême. Le sujet paraît moins intoxiqué ou infecté que les autres délirants aigus. La température reste normale, ou ne s'élève que peu avant la fin. On a l'impression que l'homme meurt littéralement de son anxiété.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner outre mesure. On connaît depuis longtemps la mort subite par syncope des mélancoliques ; ici il s'agit de même d'un accident bulbaire vraisemblablement, à moins que la pathologie, encore à l'état d'ébauche, du système vaso-sympathique, ne vienne plus tard l'élucider.

Ce *syndrome d'anxiété mortelle* ne paraît pas très connu en France. Il correspond probablement à la psychose anxieuse mortelle décrite par Wernicke et Kraepelin, mais les cas que j'ai vus semblaient plus loin de la confusion mentale que ceux des auteurs allemands, pour lesquels il y avait des signes de

délire aigu confusionnel, confirmés à l'autopsie par de grosses lésions cellulaires.

§ 5. — Les délires de persécution transitoires.

Les psychiatres respectueux des classifications correctes pourront s'étonner de voir mentionner des délires de persécution au chapitre des états dépressifs. Mais il y a là une question pratique, qui réclame quelques éclaircissements.

Chacun sait que le délire de persécution, avec hallucinations de l'ouïe, est l'une des variétés les plus chroniques des troubles de l'esprit. Il n'y a pas à cet égard une différence pronostique considérable entre le délire polymorphe des dégénérés et le délire chronique à évolution systématique. Or, en fait, lorsqu'on peut suivre comme je l'ai fait, dans mon centre de triage d'abord, puis à l'asile, un certain nombre de persécutés évacués des armées, on ne peut manquer d'être impressionné par le nombre de ceux qui guérissent. La première pensée qui vient est celle d'erreurs de diagnostic, mais lorsqu'on examine de près, et les sujets, et les dossiers, cette explication se montre trop simpliste. On peut à bon droit suspecter l'alcoolisme chez beaucoup d'entre eux, mais, même s'il était démontré qu'il peut simuler le délire chronique de persécution, le fait clinique n'en subsisterait pas moins.

La question s'éclaire lorsqu'on se reporte aux travaux classiques. Depuis Lasègue, et surtout depuis Magnan, on sait que le délire de persécution ne se constitue qu'à la longue. Le sujet commence par une période d'inquiétude générale, qui traduit en réalité une dépression psychique, et au cours de laquelle apparaissent des illusions et des interprétations délirantes, dont la répétition aboutira plus tard à des hallucinations.

Cette particularité, qui laisse entrevoir une période pendant laquelle un traitement serait peut-être efficace, n'a pas empêché la généralité des aliénistes de considérer le passage aux étapes ultérieures du délire comme absolument inéluctable, exception faite de quelques cas spéciaux. Pourtant, dans ces dernières années, on a mieux connu la période initiale, notamment par l'œuvre de Pierre Janet sur la psychasthénie et par des travaux, comme ceux d'Arnaud, sur le passage de la psychasthénie au délire.

J'avais recueilli depuis quelques années un certain nombre

d'observations, dans lesquelles, soit certaines circonstances extérieures, soit un trouble physique organique, survenant chez un esprit prédisposé en état de dépression psychique, avaient provoqué des interprétations délirantes et même des hallucinations qui, chez quelques-uns, avaient guéri, tandis que chez d'autres s'installait le délire de persécution. On en pouvait conclure que la condamnation par laquelle le délire atteignait l'individu n'était peut-être pas sans appel, et que si des soins convenables pouvaient être donnés en temps utile, le pronostic de l'affection pourrait être modifié. Or c'est bien ce qui se passe dans des exemples tels que les suivants :

C. au front depuis le début, évacué en mai 1916 pour délire de persécution, n'est pas un débile mental, son intelligence est peut-être même au-dessus de la normale. Il a eu une existence pénible dans des secteurs difficiles, il est fatigué et maigri. Après une période, qu'il décrit bien, pendant laquelle il se sentait « tout chose » des hallucinations ont apparu. *Elles ont eu un point de départ anxieux.* « Ses camarades, jaloux de lui, dit-il, l'accusaient de faire des signaux à l'ennemi ». Puis ils l'insultaient, le magnétisaient, lui parlaient à distance. « Je suis bien sûr de ne pas me tromper, répond-il à un doute qu'on émet devant lui, quand j'allais en corvée seul, ou quand, au repos, j'allais me promener sur la route, on me parlait, on me disait des insultes, je me retournais, il n'y avait personne. Et il n'y avait ni un arbre, ni un trou où l'on aurait pu se cacher ».

Chez lui les hallucinations ont créé assez vite un état de satisfaction ambitieuse qui se mêle à la défiance ordinaire du persécuté. Le délire se constituait déjà, avec ses personnages, les mobiles de leur persécution. Le sujet, calme dans l'ensemble, n'était pas très loin des réactions de défense. Il fut traité par le repos et la désintoxication, comme un confus, bien que les signes organiques fussent au minimum, puis par des reconstituants, comme un mélancolique. Peu à peu les hallucinations s'espacèrent, et en même temps il se mit à avoir des doutes sur leur réalité. Puis il guérit complètement.

S., 35 ans, est un ancien alcoolique moyen, sans affaiblissement intellectuel, évacué une première fois en 1915 pour un état de tristesse et de fatigue léger, qui n'a duré que 15 jours, et qui lui a permis de repartir après 7 jours de permission. Evacué de nouveau en 1917 pour délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe. Ces hallucinations sont incessantes. Il a encore des hallucinations de l'odorat, mais aucune de la vue. Il entend ses camarades l'appeler « salaud » ; il les invective, devient violent avec eux et essaye de

les frapper. *Pour lui aussi, le point de départ a été une idée anxieuse.* « Parce que j'ai fait une peccadille autrefois, dit-il, on me traite de salaud ». Il a reconnu la voix d'un nommé C. qui faisait partie de son escouade au front et qui joue dans son délire le rôle de principal persécuteur. Ici encore guérison complète en quelques semaines.

Comment expliquer ces faits un peu paradoxaux? Il s'agit vraisemblablement toujours d'hommes d'une constitution émotive marquée, donc prédisposés. Ils ont acquis leur trouble mental dans les circonstances, si déprimantes au point de vue moral, sur lesquelles j'ai insisté au début de ce chapitre. Ces circonstances leur ont fait franchir les premières étapes du délire de persécution beaucoup plus rapidement qu'on ne le voit d'ordinaire. Evacués dès que leur trouble est apparu, ils ont été observés et soignés dans un milieu complètement différent de celui où ils étaient tombés malades. Or la persistance prolongée des mêmes causes est le véritable facteur de l'incurabilité des délires de persécution.

En ce qui concerne le mécanisme des idées de persécution, j'ai déjà montré la suggestibilité des malades pendant la phase d'anxiété vague. Alors, de même que dans la nuit une feuille remuée par le vent peut provoquer une alerte, de même une plaisanterie d'un camarade ou un mot dans une lettre peut être le point de départ de tout un travail morbide.

Le passage de l'anxiété au doute morbide a du reste été noté déjà, notamment par Raymond Mallet, qui a vu également les hallucinations, ou, comme il le dit, les pseudo-hallucinations. En réalité, quand on observe un certain temps les malades, on acquiert la conviction qu'il s'agit bien d'hallucinations vraies. L'intérêt de la question est en ceci que ces hommes donnent le change pour des délirants chroniques incurables, alors qu'ils peuvent guérir, au moins certains d'entre eux. Si de tels faits se confirment, comme il est vraisemblable, ils seront précieux pour comprendre les délires de persécution. Ils montrent bien que c'est par une dépression de l'attention, de la volonté, du sens critique, que le délire commence. L'hallucination ne se constitue qu'à la longue, après que le sujet a eu des illusions, des impressions de déjà vu ou déjà éprouvé, des erreurs d'interprétation. Elle est une résultante. Dans la vie courante, où les causes morbides pèsent singulièrement moins lourd, elle n'arrive que tardivement. Dans la vie de guerre elle survient très vite.

Ces délires de persécution sont donc originellement, et dans leur essence même, des états dépressifs. C'est pour cela qu'ils sont ici à leur place. Ils ressemblent aux délires des persécutés mélancoliques étudiés par Régis, mais, au moins dans les cas que j'ai observés, s'en distinguent par un double caractère : la fréquence et l'importance des hallucinations d'une part, le peu de tendance au suicide de l'autre. Tandis qu'à l'ordinaire, quand un mélancolique a un délire de persécution surajouté, il le fait sans hallucinations, et a par contre des idées de suicide. Le persécuté, lui, ne se suicide pour ainsi dire jamais.

§ 6. — Diagnostic et Pronostic.

Ce qui précède montre la difficulté de donner leur juste valeur à ces états dépressifs. Au début, on est tenté de remonter le moral des hommes par des moyens énergiques. Cela réussit quelquefois, pas toujours; le vrai déprimé anxieux n'est pas un paresseux ou un lâche, il fait bien tout ce qu'il peut. On est d'autant plus disposé à croire qu'il se laisse aller, que souvent son état se modifie assez sensiblement dans le cours de la journée, Le mauvais moment est le matin au petit jour, après la nuit d'insomnie dans l'ombre mystérieuse et hostile. Dans la journée, à la fin de l'après-midi, le malade est mieux. Une fois les manifestations cliniques, obsessions, impulsions, délire, bien établies, le diagnostic se simplifie : comme nous l'avons vu il est en partie médico-légal. Mais on peut aussi se demander s'il s'agit de *confusion mentale* ou d'état dépressif. La différence est plus théorique que pratique. Il y a presque toujours un certain élément de confusion toxique dans les troubles dépressifs, de même qu'il y a un élément moral plus ou moins important dans la confusion mentale. Dans tous les cas, il faut un traitement dans un endroit tranquille. Pourtant, le diagnostic se doublant d'un pronostic, on peut admettre que, dans la règle, un état dépressif délirant sera plus long qu'un accès de confusion mentale.

Pour apprécier la durée probable de l'état dépressif, on tiendra compte des troubles physiques, qui aggravent la situation : diminution sensible des sécrétions et excrétions, refus de nourriture, refroidissement des extrémités, abaissement de la température centrale. Le maximum de ces troubles correspond à la variété avec *stupeur*, qui ne paraît pas très fréquente, lorsqu'un élément important de confusion mentale ne s'y ajoute pas.

On examinera avec soin l'appareil circulatoire des déprimés et des anxieux, se souvenant que chez ces malades la mort subite peut survenir par syncope, même en dehors du grand délire agité — et aussi que les troubles de la circulation prédisposent à l'état anxieux. Chez des officiers, notamment, on surveillera l'artério-sclérose commençante. Il n'est pas impossible que le tabac, dont il est fait un si large usage au front, ne soit nettement nocif dans certains cas.

§ 7. — Traitement.

Sauf exception, tous les malades atteints d'états dépressifs caractérisés, étant arrivés à la phase d'idées obsédantes, d'insomnie habituelle, de nutrition troublée, doivent être évacués de la zône de l'avant et placés en repos et en observation de quelques jours dans un endroit tranquille. Si les idées délirantes sont caractérisées, évacuation sur un centre neuro-psychiatrique d'armée.

Il y a des erreurs à éviter : en présence de dépression simple, ne pas croire que des toniques (alimentation reconstituante, alcool) vont faire merveille ; ils compliqueront les accidents. A l'inverse, ne pas avoir trop de confiance dans l'opium, utile parfois, mais dont on a exagéré les vertus euphoriques chez les anxieux délirants. Il ajoute une intoxication nouvelle au trouble de l'état général et doit être considéré comme un médicament d'occasion plutôt que de traitement prolongé.

Des purgations répétées, le séjour dans un bon lit après bains répétés et toilette complète, feront plus pour ramener le calme.

Tel est le traitement d'urgence. S'il s'agit d'une forme sérieuse ou grave, le traitement proprement dit se fera dans un centre avec les moyens appropriés. Il sera exceptionnel que l'on ait recours, dans une formation d'avant, à l'*alimentation artificielle* chez un mélancolique sitiophobe. Il ne faut en effet passer la sonde que le plus tard possible, les malades s'habituant trop facilement à cette manière d'être nourris. Si le sujet risque l'inanition, on introduira par une narine, après l'avoir enduite de vaseline ou d'huile stérilisée, une sonde de caoutchouc demi-molle de 50 à 60 centimètres de long. On évitera le pelotonnement dans l'arrière-gorge, et surtout l'introduction dans la trachée. On introduira très prudemment les aliments (lait, bouillon)

ou les médicaments. En retirant la sonde, on ne manquera pas d'en obturer très soigneusement la lumière, en la pinçant, pour éviter la chute dans le larynx de particules alimentaires.

On surveillera chez les anxieux les idées de suicide, et l'on évacuera d'urgence les sujets suspects à cet égard, moins encore peut-être pour les sauver eux-mêmes que pour éviter la contagion de l'exemple.

III. — LES ÉTATS NEURASTHÉNIQUES

Les états neurasthéniques sont des états « dépressifs » et par là auraient pu trouver place dans le chapitre précédent. Mais ces malades sont assez différents des mélancoliques et des anxieux pour en être séparés. Il y a beaucoup d'états neurasthéniques transitoires, il y en a aussi de durables. Le mot de neurasthénie, que le public, même médical, emploie dans des sens si différents, figure rarement sur les billets d'hôpitaux, à moins que ce ne soit par un euphémisme qui sert à désigner des troubles mentaux graves, comme l'anxiété mélancolique.

La plupart des neurasthéniques sont évacués pour « fatigue générale ». Ce sont bien des gens fatigués, dont toute la maladie consiste dans une impression durable de fatigue douloureuse, et surtout dans l'incapacité à récupérer chaque jour par l'alimentation, le repos et le sommeil, les forces qu'ils ont perdues.

Psychologiquement, ils peuvent ressembler à des confus, par la difficulté qu'ils ont à faire le moindre effort physique ou intellectuel, par la lenteur de leur attention, l'infidélité de leurs souvenirs, l'impuissance où ils sont de prendre vite une décision. Ils peuvent aussi passer pour des anxieux, lorsque la constatation de leur impuissance les inquiète ou les désespère. C'est le cas d'officiers, qui, après avoir été à la hauteur de toutes les circonstances, se sentent incapables d'assurer leur service. Ainsi les neurasthéniques confinent à la confusion mentale et à l'anxiété. Mais ces deux états pathologiques ne sont chez eux que des aboutissants possibles. Le vrai neurasthénique est extrêmement conscient de sa situation ; il n'a pas la torpeur du confus, et en même temps son malaise est bien plus physique que celui du déprimé anxieux. S'il pouvait se reposer, il serait guéri.

Il y a quelques années, quand les Congrès et les sociétés médi-

cales discutaient sur la nature de la neurasthénie, beaucoup de bons esprits soutenaient son origine uniquement psychique et émotive. Aujourd'hui, ils doivent mieux se rendre compte que l'émotion fait de la dépression anxieuse plus encore que de la neurasthénie.

Les neurasthéniques de guerre ne sont-ils donc nullement prédisposés au point de vue nerveux? — Si, et l'un des meilleurs arguments que l'on peut donner à ce sujet est que presque tous sont des gradés, beaucoup même des officiers. La neurasthénie est donc souvent la maladie d'un système nerveux relativement cultivé, et en même temps de gens qui ont des responsabilités. Mais le physique y a sa part. On s'en rend compte facilement. Il y a en effet, en schématisant un peu, deux types principaux de neurasthéniques. L'un correspond à des hommes encore jeunes et qui n'ont jamais été physiquement robustes. Energiques, au moins par à-coups, ils ont tenu lontemps, puis sont tombés à plat, souvent à l'occasion d'un incident digestif qui a compromis leur récupération quotidienne d'énergie. Par exemple, un beau jour, une intoxication alimentaire insignifiante leur a donné une poussée d'entérite. Ils ne s'en remettent pas. Souvent, il y a chez eux une tare organique latente : une ancienne tuberculose mal éteinte, ou bien une insuffisance surrénale, ou bien un fonctionnement médiocre du foie. Ce sont, en règle générale, des hypotendus et des hyposphyxiques, suivant les données de Martinet.

L'autre type, que Maurice de Fleury surtout a contribué à faire connaître, est celui de l'arthritique uricémique, hypertendu, facilement congestif. C'est un intoxiqué permanent. Il est relativement rare au front, en raison des circonstances et de la vie au grand air. Il encombre les bureaux de l'intérieur. Parfois le trouble nutritif est délicat à déceler, quoique important, comme chez un malade de H. Dufour et Lévy qui avait 2 gr. 45 d'urée par litre de sérum.

Mais il y a encore d'autres neurasthéniques, pour lesquels il semble bien que la fragilité nerveuse soit le facteur essentiel, tels certains paysans, d'assez bonne allure physique, évidemment habitués à des travaux rudes et continus, et qui, au bout d'un certain temps de guerre, ne valent plus rien, se plaignent de fatigue extrême, et paraissent vraiment incapables de résistance. Ce sont en général des anxieux méconnus, chez lesquels un état émotif plus ou moins conscient exerce une action d'inhi-

bition sur l'activité générale, en provoquant des idées erronées de maladie et des préoccupations hypochondriaques.

Un groupe plus important est celui des neurasthénies *traumatiques*. On aurait pu craindre qu'il fût singulièrement plus nombreux qu'il n'a été. Il s'est réduit, en réalité, à peu de chose. Parmi les blessés qui conservent des symptômes neurasthéniques, plusieurs cas sont à distinguer :

a) Il s'agit d'une *lésion cérébrale traumatique*. Les phénomènes neurasthéniques sont alors liés à des signes organiques ou à des manifestations hystériques. Nous retrouverons plus loin cette question.

b) Il s'agit d'une blessure n'intéressant pas le système nerveux directement, mais ayant affecté gravement l'*état général*.

c) Il n'y a pas de blessure apparente, mais les phénomènes sont consécutifs à une *explosion* d'obus ou de mine. C'est le syndrome commotionnel, dont il sera question plus loin.

d) Il y a une blessure ou une contusion du *système nerveux extra-cérébral*. Ici deux hypothèses : il peut s'agir de phénomènes purement psychiques, analogues à l'hystéro-traumatisme — ou bien au contraire l'action vulnérante a laissé des séquelles organiques. Certaines localisations de blessures sont intéressantes à cet égard. J'ai observé notamment un homme, traversé de part en part dans la région abdominale par une balle qui n'avait pas atteint la colonne, mais lésé vraisemblablement le sympathique et peut-être une surrénale. Il en avait conservé un état neurasthénique très marqué avec hypotension artérielle.

De même un officier, deux hommes également, blessés par balle dans la région de la base du crâne, sans lésions graves, mais avec contusion vraisemblable de la colonne cervicale. Ils avaient une sensation particulière de faiblesse, avec vertiges et insécurité de l'équilibre, tout à fait caractéristique, sans aucun signe de localisation organique.

Bien entendu je laisse de côté tout ce qui, dans un état neurasthénique, dépend d'une exagération plus ou moins consciente. Les rapports entre la pathologie des accidents du travail et celle des blessures de guerre seront étudiés au chapitre médico-légal.

Il y a donc, soit par surmenage exceptionnel, soit par les circonstances dont l'énumération précède, des états neurasthéniques simples, avec un minimum de participation mentale. Leur évolution dépend beaucoup des circonstances, et du traitement. Quelques-uns sont traînants. Il n'est pas toujours aisé de les

reconnaître, surtout dans ce groupe des uricémiques hypertendres, dont la neurasthénie se manifeste surtout par des phénomènes amnésiques et par de la difficulté au travail mental. Quand il s'agit d'officiers, notamment, entre 40 et 50 ans, la torpeur intellectuelle, liée à l'artériosclérose commençante, fait souvent craindre la paralysie générale.

C'est un diagnostic plein de difficultés, où les plus expérimentés peuvent se tromper, et qui, parfois, ne se juge bien qu'avec le temps. Il est d'autant plus difficile qu'au fond ce diagnostic n'est peut-être dans certains cas qu'un pronostic. Il ne me paraît pas démontré qu'entre l'état « neurasthénique » d'un homme de 45 ans, syphilitique depuis 15 ans, hypertendu, et qui guérit par le repos et un traitement hygiénique — et le début d'une paralysie générale à marche lente, il y ait une différence essentielle. La paralysie générale est un état de faillite de la nutrition cérébrale — il n'est pas impossible qu'avant ce stade définitif il y en ait un autre, durant lequel les accidents sont encore curables.

En tous cas, ce n'est pas le traitement spécifique qu'il faut d'abord mettre en œuvre. Comme on le verra plus loin, il est dangereux pour les cerveaux à congestion facile. On évacuera ces neurasthéniques suspects de paralysie générale, on les mettra en repos, on les désintoxiquera.

Quant aux neurasthéniques par surmenage, fatigue physique, mauvaise assimilation, entérite, etc., ce sont des malades de médecine, à soigner comme tels, le plus souvent dans la zône même des armées. Dans le traitement, on comprendra, autant que possible, la mise en état de la *dentition*, facteur capital en l'espèce.

IV. — LES ÉTATS COMMOTIONNELS

Jusqu'au moment de la guerre, lorsqu'on parlait de *commotion* des centres nerveux, on entendait : phénomènes consécutifs à un choc direct sur le crâne ou le rachis, n'ayant pas entraîné de blessure appréciable. Ainsi l'état cérébral suivant une chute de cheval sur la tête sans fracture, ou encore une paraplégie plus ou moins complète par contusion de la région lombaire. Mais, malgré quelques travaux intéressants d'anatomo-pathologie et

d'expérimentation, on ne savait guère en quoi consistaient les lésions. Surtout l'étude précise, exacte, du phénomène, telle qu'elle avait été faite par Duret, par Polis, et quelques autres, et qui reposait sur quelques faits bien observés, avait été faussée, il faut bien le dire, au delà de toute prévision, par le jeu de la loi de 1898 sur les acccidents du travail.

Les circonstances sont tellement nombreuses, dans l'industrie, où un choc réalise les conditions de la commotion sans produire de blessure, et il y a tellement d'exagérateurs conscients ou inconscients parmi les sinistrés, que les médecins devaient fatalement se perdre au milieu de cette foule d'observations où le contrôle scientifique était impossible. De même qu'antérieurement les procès en dommages-intérêts avaient réduit toute la question des commotions par accident de chemin de fer, du *railway-spine*, à de l'hystéro-traumatisme, de même il demeurait à peu près entendu dans l'opinion courante que les traumatismes du système nerveux par ébranlement ou choc, lorsqu'ils ne produisent pas une lésion bien définie et localisée, n'ont que des séquelles d'ordre névropathique ou pithiatique.

Dès les premiers combats de 1914, l'emploi de la grosse artillerie a changé les conditions du problème, sans en fournir du reste la solution. On s'est trouvé en présence de victimes d'un nouveau genre, présentant souvent des symptômes graves, sans blessure apparente. L'heure était peu propice aux observations détaillées et suivies, les centres de spécialités n'existaient pas encore, chacun interprétait ce qu'il voyait suivant ses connaissances médicales et son tempérament personnel, et ce n'est que lentement qu'un peu d'ordre se mit dans ce chaos. On apprit que, chez des hommes qui se sont trouvés au voisinage d'une explosion d'obus, de mine, d'engin de tranchée, se développe un syndrome, variable, mais réductible à certains traits communs, auquel participent des signes à la fois physiques et psychiques. Sur le tableau clinique, l'accord s'est fait aisément. Après que beaucoup de médecins eussent méconnu ou contesté le phénomène, on en a parlé jusqu'à l'abus. Mais la controverse persiste sur la nature des troubles. Certains pensent que l'élément organique domine, d'autres l'élément névropathique. Cette opposition n'est pas seulement un fait de doctrine, elle correspond à une distinction clinique, certains malades étant nettement des *émotionnés*, plus que des *commotionnés*.

Pour plus de clarté dans la description, et aussi pour mieux

apprécier les arguments pathogéniques, il convient d'étudier séparément les accidents immédiats et les phénomènes tardifs.

§ 1. — Accidents immédiats.

Les accidents immédiats ont été fort bien décrits, notamment par du Roselle et Oberthür. Mon collaborateur Grandclaude les a étudiés dans une thèse très vivante d'impressions et dans des notes inédites auxquelles j'emprunterai beaucoup.

A. **Type commun, commotionnés.** — Un gros obus éclate, de préférence dans un creux, dans un espace limité, où les ondes de pression vont se répercuter sur place. Des hommes, placés près de l'explosion, et non blessés, n'ont même pas été projetés en l'air, n'ont pas été atteints par un éboulement de matériaux. Ils sont restés là où ils étaient — renversés s'ils étaient debout, parfois roulés comme des lapins tirés à la chasse. Certains ont perdu connaissance, mais pas tous, ou quelques-uns pendant un temps très court. Ils sont *inertes*, avec une expression brusquement atone du visage, les traits tombants comme si tous les nerfs moteurs de la mimique avaient été annihilés d'un coup.

Ils demeurent couchés, ou accroupis, ou recroquevillés dans une pose incommode ou illogique ; leur *hypotonie* musculaire est générale, les muscles sont flasques, les *sphincters* relâchés. Il n'y a pas de paralysie véritable, mais les mouvements sont maladroits, imprécis, asynergiques. La *sensibilité générale* est très diminuée, et lorsque l'obnubilation intellectuelle permet d'entrer en contact avec les sujets, on constate que les *sensibilités sensorielles* sont extrêmement affaiblies. Certains, capables de préciser leurs sensations, m'ont parlé d'une impression de brouillard et de nuit subite devant leurs yeux.

Par contre, les *réflexes tendineux et cutanés* sont dans la règle brusques et nettement exagérés. Souvent l'on peut retrouver, comme l'ont vu les premiers peut-être du Roselle et Oberthür, un signe de Babinski en extension énergique, avec écartement des autres orteils, un *réflexe de défense* vif avec retrait du membre, des phénomènes associés de défense du côté opposé, le signe de Kernig.

Les *extrémités* sont froides, et souvent, lorsqu'un peu plus tard elles se réchauffent, ce retour à la normale se fait d'une

manière inégale et irrégulière, une main, par exemple, étant rouge et chaude tandis que l'autre est glacée. Parfois une *sueur* froide s'écoule, ainsi qu'une *salive* abondante et filante. Le *pouls* est constamment petit, imperceptible même, et le cœur bat d'une manière précipitée. *C'est donc d'un collapsus qu'il s'agit.* Mon collaborateur A. Courjon, médecin d'un bataillon de chasseurs dans une région particulièrement exposée aux bombardements, était arrivé à améliorer très sensiblement le pronostic des accidents immédiats par des injections hâtives de toniques cardiaques, notamment d'huile camphrée. Dans les cas favorables, quand la circulation se rétablit vite, le cœur se met à battre avec énergie, et l'on voit au cou la pulsation des carotides.

Quand l'individu revient à lui, il n'est pas rare qu'il se plaigne d'une *douleur dans le ventre* ou au creux de l'estomac, comme d'un coup de poing — ou encore dans le *thorax*. Alors il tousse, péniblement, avec des efforts et une mimique de souffrance — il crache un mucus un peu spumeux, *teinté de sang*. Souvent aussi il y a du sang dans les narines ou les oreilles, ou de petites hémorragies sous-conjonctivales.

L'intensité des phénomènes est tout à fait variable. La majorité des sujets ainsi atteints n'est pas évacuée à l'intérieur, et tout s'arrange en quelques jours dans une formation d'avant ou un dépôt d'éclopés. Durant ce temps, les hommes sont *obnubilés*, étourdis, d'une lassitude extrême, et se plaignent de *maux de tête*. Quand ils ne présentent pas de phénomènes plus précis, et quand leurs fonctions militaires ne les obligent pas à une intégrité cérébrale parfaite, ils peuvent rejoindre leur unité. Mais il faut bien se rendre compte qu'en général ils ne sont pas guéris, et restent atteints d'une fragilité spéciale, dont il sera question plus loin.

A côté de ces cas heureux, il y en a d'autres plus graves, que l'on évacue, et que nous retrouverons à l'intérieur. Chez ceux-là l'*obnubilation* persiste, ou des complications comme la *surdité* ou le *mutisme*, ou encore un état de *confusion mentale confinant à la stupeur*, ou même, plus exceptionnellement, un *coma* véritable, d'où ils ne sortiront que par un traitement impossible à réaliser en première ligne, et notamment par la ponction lombaire.

Enfin il y a des *morts* — sur lesquelles au début de la guerre on a beaucoup épilogué, attribuant notamment à certains explosifs des propriétés sidérantes qui tenaient aux conditions dans

lesquelles étaient survenues les explosions et qui n'ont rien de commun avec les propriétés toxiques des gaz, dont nous tiendrons compte plus loin.

B. **Type émotionnel.** — Mêmes circonstances initiales, mais il n'est pas nécessaire ici que l'explosion ait été très proche ; il se peut même que, peu distante d'une manière absolue, elle ait été cependant sans nulle action directe, l'homme étant protégé par exemple par un parapet. Ce qui se manifeste, c'est une émotivité extrême ; c'est de la *peur*. Ce sont des tremblements, voire des cris, même une fuite éperdue, des crises de nerfs quelquefois, ou bien un état d'apparente obnubilation qui laisse intact le sentiment de la conservation. Ainsi cet homme de du Roselle et Oberthür, qui, muet et hagard, au moment d'entrer dans le poste de secours, remarque la trace fraîche d'un obus au-dessus de la porte, proteste et se débat, puis va se terrer un peu plus loin, dans un abri où il suppose que les marmites ne tomberont pas.

Ces états émotionnels se jugent aussi au moment où l'homme parvient en sécurité. Tantôt à ce moment ils s'apaisent, tantôt au contraire ils s'exaspèrent, sous forme de crise convulsive notamment, ou bien c'est le mutisme, ou la surdité, ou bien encore l'homme se met à marcher courbé, soit qu'il ait été projeté ou bousculé au moment de l'explosion et qu'il conserve une impression pénible du côté de la colonne vertébrale, soit par le souvenir des camarades qu'il a vus réellement commotionnés.

C. **Type contusionnel.** — Il y a des cas où la commotion en elle-même n'a pas eu grande action, mais où le sujet a des accidents de *contre-coup*, soit qu'il ait été projeté en l'air et qu'il se soit fait en retombant une contusion du crâne ou du rachis, soit, ce qui est encore plus fréquent, qu'il ait été envoyé avec rudesse contre le sol ou la paroi de la tranchée, soit qu'il ait été pris sous un écroulement de matériaux. Il est parfois fort difficile de faire la part de ce qui revient à ces lésions de choc, mais, dans la grande majorité des cas, elles sont sans gravité réelle.

Elles ont pourtant leur importance. De même qu'en matière d'accidents du travail l'attention des sinistrés se fixe volontiers sur un détail infime, il n'est pas rare que les commotionnés greffent sur une contusion insignifiante tout un syndrome de persévération et de revendication.

D. **Type mixte.** — Ce qui est plus important au point de vue clinique, c'est de savoir que très peu de cas sont assez nettement tranchés pour ne relever légitimement que d'un seul des types précédents. La combinaison des éléments étiologiques et cliniques est la règle, et s'il est commode, au point de vue descriptif et à celui de l'évolution, de faire ces distinctions, il faut bien savoir qu'elles sont artificielles et difficiles à soutenir d'une manière absolue au point de vue psychologique. Dans la thèse de Grandclaude, un commotionné légitime a une réaction émotive nette : avec des gestes d'automate il dispose quelques pierres l'une sur l'autre, fabrique une sorte d'abri, se cache derrière, regarde entre deux pierres, a l'air d'assister à un spectacle épouvantable. Il a de la confusion mentale avec onirisme. Mais nous allons retrouver plus loin ces faits.

§ 2. — Phénomènes consécutifs.

Parmi les commotionnés dont l'état ne se juge pas en quelques jours, et qui doivent être évacués, une nouvelle sélection s'impose. Certains sont guéris en peu de semaines, sans séquelles importantes ; d'autres vont durer. Pour ces derniers, le type clinique ne se précisera qu'au bout d'un certain temps, sauf pour quelques-uns, dont les accidents sont d'emblée ce qu'ils resteront dans la suite.

Ceux qui guérissent vite appartiennent aux deux catégories principales que j'ai indiquées pour les phénomènes initiaux : les émotionnés simples, surtout s'ils sont soumis à une thérapeutique intelligente et ferme, retrouvent leur assiette, parfois même en quelques heures, et tel d'entre eux qui a eu sur le coup une réaction d'affolement sera plus tard un héros. Ceux qui traînent ne sont pas toujours ceux qui ont manifesté l'émotivité la plus grande.

Les commotionnés légers voient aussi se dissiper peu à peu les suites de la secousse qu'ils ont éprouvée. Comme des lézards au retour du soleil, ils retrouvent leur vitalité endormie. Ils reprennent leur agilité d'actes et de pensée, la netteté de leurs impressions, la souplesse de leur compréhension. Mais pas tous, et même parmi ceux qui sont « nettoyés », beaucoup demeurent d'une susceptibilité extrême au bruit, à la grande lumière et aux ébranlements. Leur sommeil aussi est agité et précaire, et c'est

là un signe de valeur pour apprécier le moment où ils seront utilisables de nouveau.

Quant à ceux qui ne guérissent pas pendant ces premières semaines, les uns ont des manifestations surtout en rapport avec le système nerveux général et analogues, au moins par leur aspect clinique, aux phénomènes hystériques (crises convulsives, paralysies, impotences fonctionnelles, attitudes vicieuses, mutisme et surdité). Ils ont un minimum de symptômes organiques et parfois un état mental qui paraît entièrement sain.

Les autres conservent un esprit profondément troublé, et ont en même temps des signes physiques en rapport avec la commotion. Les troubles mentaux à cette période sont de deux types principaux :

A. **Confusion mentale hallucinatoire onirique.** — Sur un fonds de confusion amnésique, avec égarement et tendance à l'automatisme, le « délire de guerre » se manifeste par des souvenirs extériorisés sous forme de scènes vécues, de paroles, d'attitudes, plus rarement de cris. Cet onirisme est tout à fait superposable à celui de la confusion mentale sans commotion, et des redites sont inutiles à son sujet. Il n'est pas très exceptionnel, mais pas très fréquent non plus, que l'automatisme aille jusqu'à des phénomènes durables de somnambulisme, comme la répétition chaque jour ou chaque nuit de la même scène. De telles manifestations sont d'ordinaire liées à des crises convulsives, et surviennent chez des sujets moins entachés de confusion mentale.

B. **Confusion mentale dépressive avec tendance à la stupeur.** — Chez ceux-ci, c'est l'inertie initiale qui persiste. La torpeur ne va pas jusqu'au coma, mais l'idéation est rudimentaire, la parole lente, pénible, syllabée, si l'on peut dire, le malade extrayant de sa gorge les mots d'une voix monotone, pâteuse et entrecoupée. Peu ou pas de cauchemars, ni d'hallucinations ; ce n'est pas une psychose d'excitation comme dans le cas précédent, c'est une psychose d'épuisement, comme si, dans le souffle de l'explosion, toutes les forces s'en étaient allées, d'un coup. Et, comme toujours en pareil cas, dès l'instant où le rythme normal de l'activité cérébrale est rompu, il n'y a pas plus sommeil profond pendant la nuit que lucidité complète pendant le jour. C'est un état moyen, qui traîne et s'achemine lentement vers la guérison, ou bien vers l'une des formes plus tardives dont il sera question plus loin.

C. **Signes physiques de la commotion.** — Nous ne sommes plus ici dans les conditions précaires d'examen au poste de secours. Les hommes dont il s'agit ont été évacués, si possible déjà dans une formation spécialisée. Le moment est venu d'étudier les signes physiques. Au point de vue du système nerveux locomoteur, ils sont moins marqués qu'au premier moment, sauf pour les cas qui évoluent, par le fait d'une localisation surtout médullaire, vers la neurologie pure, et dont l'étude détaillée n'a pas sa place dans ce volume. Donc motricité meilleure, mouvements plus forts, plus précis, sensibilité générale revenue, un peu obtuse cependant. Les réflexes tendineux sont toujours exagérés, mais ne sont plus dans cet état de susceptibilité exaspérée du début. Dans la règle les sphincters ont repris leur office. Les *pupilles* sont en général anormalement dilatées.

Mais l'*appareil circulatoire* demeure troublé. Ici deux cas : dans le premier, il y a réaction énergique : pression plutôt supérieure à la normale, battements cardiaques nets et forts. Mais cela ne se voit guère que les premiers jours, et chez les hommes en train de guérir. L'autre cas est le plus fréquent : pression basse persistante, cœur qui donne l'impression d'être mou et paresseux, avec des périodes de *tachycardie*, le matin notamment. En général, le *réflexe oculo-cardiaque* est exagéré, et cela du reste dès les premiers moments. Grandclaude, le recherchant environ 1 h. 1/2 après la commotion, avait noté des retards de 22 pulsations, alors que la normale du retard est de 5 à 10. Anormalement, le réflexe peut être inversé, et la compression des globes provoquer une accélération du cœur.

Dans l'ensemble, la tendance au collapsus persiste donc. Elle est attestée aussi par des phénomènes subjectifs. Beaucoup de malades accusent de la *dyspnée* d'effort, et souvent quelques mouvements rapides ou une courte montée installent une tachycardie de plusieurs minutes. Souvent, on entend un bruit de *galop* de faiblesse. Les veines sont gonflées, par stase et inertie vasculaire locale, les extrémités sont facilement cyaniques et même œdématiées.

Pour se rendre compte de l'état des circulations profondes, un bon moyen est l'*examen ophtalmoscopique*, qui révèle, chez les sujets les plus atteints, de la stase veineuse et de la congestion rétinienne. On a même vu des hémorragies.

La transpiration est facile, exagérée, froide. Il n'est pas rare que la *température* centrale soit anormalement basse (Guillain).

Ce n'est pas seulement la *céphalée*, quasi-constante, avec photophobie, qui atteste la participation du système nerveux central. On est frappé, chez certains sujets, mais surtout dans les tout premiers jours, de trouver un *système respiratoire* anormal, soit du Cheyne-Stokes typique, soit une variété moins régulière. De même, de la *glycosurie*.

L'examen du *liquide céphalo-rachidien* peut donner des indications précieuses. C'est lui qui, dès le début, a permis à quelques observateurs, Ravaut, entre autres, d'affirmer la nature organique de certains accidents commotionnels. Mais il peut aussi être normal, même avec des signes de lésion organique, comme l'a bien vu, notamment, Georges Guillain. Il n'importe ; quand on est outillé et qu'il n'existe pas de contre-indication individuelle, il faut faire une ponction lombaire. On a chance de voir jaillir un liquide hypertendu, et de soulager le malade par la décompression.

Outre l'*hypertension*, le liquide céphalo-rachidien présente parfois des *reliquats hémorragiques* (hématies, coloration rouge ou xanthochromique), plus souvent une légère *albuminose* avec *lymphocytose*. Ces deux derniers caractères peuvent même être très accentués, et on aperçoit d'ici les conséquences au point de vue du diagnostic, cette apparence du liquide pouvant faire croire à tort à un processus chronique, syphilis ou tuberculose.

L'épreuve du *vertige voltaïque* est également très instructive. A elle seule, elle permet de déceler des commotions douteuses. Presque toujours, la résistance au courant galvanique, appliqué aux tempes ou aux mastoïdes, est très augmentée ; « il n'est pas rare que le malade supporte presque sans s'en apercevoir des courants de 15, 20 et 25 milliampères, alors qu'à l'état normal il incline nettement aux environs de 4 ou 5 milliampères ; fait à remarquer, en dehors des sensations vertigineuses, les sensations douloureuses et les sensations gustatives même sont d'ordinaire très sensiblement émoussées. Presque toujours la résistance est augmentée des deux côtés, mais inégalement ; quand le courant est assez fort, ou bien l'inclinaison ne se produit que du côté de l'oreille malade ou la plus malade, ou bien la tête est seulement rejetée en arrière. » (A. Léri).

La modification du vertige voltaïque traduit, on s'en rend compte, une commotion *labyrinthique*. Elle correspond à des troubles subjectifs de même origine, dont on trouvera, entre autres, une description particulièrement vivante dans un article

de Lermoyez de la *Presse médicale*. Cette commotion labyrinthique peut exister sans commotion cérébrale importante, et les malades sont alors capables d'indiquer leurs sensations. C'est, au moment de l'explosion, de l'abasourdissement, puis une sensation pénible de plénitude dans les deux oreilles, comme s'il y avait dans le conduit un tampon d'ouate tassée. Puis un bruit musical, comme un vol de moustiques, et en même temps le sujet s'aperçoit que sa démarche est mal assurée et qu'un mouvement brusque provoque un étourdissement.

§ 3. — Phénomènes tardifs.

Franchissons une étape de plus. Au bout de quelques semaines de traitement convenable, un nombre important de commotionnés ne sont pas guéris. Que leur reste-t-il ? Il est bien entendu que certains ont des phénomènes uniquement *neurologiques : paraplégies* nettement organiques, *amyotrophies*, correspondant sans doute les unes et les autres à des *hématomyélies* minimes ou graves, *hémiplégies*, *monoplégies*, d'origine médullaire ou encéphalique, *tremblements*, *troubles trophiques*. L'accord est fait sur ce point, et des observations indiscutables avec autopsie ont attesté la réalité de ces interprétations. Mais, comme pour les accidents de la première heure, il est plus difficile de s'entendre sur la nature et la valeur des symptômes psychiques. Il faut cependant noter que symptômes neurologiques organiques et signes psychiques ou mentaux ne s'opposent pas, en pratique. Très souvent, ils sont associés chez les mêmes malades. Il n'y a donc pas lieu, du point de vue clinique seul, de faire *a priori* une distinction fondamentale entre le commotionné avec hématomyélie et le « mental ».

Du reste, en dehors de ces deux types, il y a des cas qui appartiennent à la neurologie par leurs symptômes, mais pour lesquels une participation mentale est évidente ; ce sont des phénomènes qui relèvent, au moins en partie, de l'hystérie ; ou encore, si l'on veut, de l'émotion. Quant à la plupart des « émotionnés » du champ de bataille, ils sont retournés depuis longtemps à leur corps. Au point où nous en sommes, après plusieurs semaines de traitement, il ne subsiste plus dans les hôpitaux, comme non-organiques, que de grands névropathes, rares heureusement.

Voyons d'abord les types mentaux.

TYPES MENTAUX

A. **Etat neurasthénique dépressif.** — Les accidents immédiats se sont complètement dissipés; une bouffée de confusion mentale, qui paraissait grave, a guéri. Le malade, souvent un officier, que sa responsabilité oblige à l'effort intellectuel, est parti en convalescence, ou bien a regagné son poste du front ou son dépôt. J'indique à dessein ces trois éventualités, car il est remarquable qu'ici ce n'est pas la nature des occupations qui crée le trouble. Dans un cas comme dans l'autre, au bout de quelques jours, le sujet s'aperçoit qu'il n'est pas guéri, et l'entourage pense de même. Toute attention est impossible, parce qu'elle entraîne une impression douloureuse de plénitude cérébrale, de de tendance à la congestion. Les idées se brouillent dès qu'on tente de les fixer, la mémoire est infidèle, surtout pour les détails de la vie courante et les faits contemporains.

Le malade prend aussitôt conscience de sa déchéance, qu'il ignorait alors qu'il était encore dans la période de confusion. Il s'en inquiète, et, à la fois par impuissance cérébrale et par anxiété secondaire, s'établit un état d'ordre neurasthénique, dont certains exemples sont d'une désespérante opiniâtreté. L'exercice physique, qui serait si précieux s'il s'agissait de phénomènes uniquement névropathiques, est impossible; tout effort provoque de l'hypotension circulatoire et augmente l'angoisse. Et d'autre part les toniques paraissent d'une action infidèle. Le malade souffre, de céphalée gravative et tenace, bien plus qu'un neurasthénique ordinaire. Parfois il a des bouffées congestives à la face, avec injection des conjonctives, et ces phénomènes, qui surviennent par accès, augmentent la faiblesse irritable, le malaise général, l'incapacité cérébrale, l'énervement. L'impuissance sexuelle est de règle. Souvent une susceptibilité particulière aux sensations lumineuses et surtout aux bruits entretient l'état pénible. Cette susceptibilité est le principal obstacle au retour précoce au front.

Ces troubles sont toujours assez longs. Ils durent surtout tant que le sommeil n'est pas revenu, naturel, reposant. Mais parfois, assez souvent même, les choses se passent de la manière suivante : à la suite de la phase de confusion mentale du début, qui est une psychose d'épuisement, le sommeil se rétablit pendant quelque temps, lourd, réparateur. Puis, l'équilibre nerveux ne

parvenant pas à se fixer, l'insomnie revient, quelquefois avec souvenirs de guerre, mais pas nécessairement. J'ai l'impression que c'est moins un phénomène d'imagination et d'émotivité qu'une conséquence de la dépression circulatoire persistante.

B. **Confusion mentale et stupeur.** — L'état neurasthénique dépressif paraît être celui du commotionné relativement intelligent et en même temps peu gravement atteint, la *confusion mentale* persistante, avec tendance à la *stupeur*, est peut-être tout à la fois l'apanage des désordres plus profonds et des cerveaux plus indigents. Due à la commotion seule, je n'en ai vu que peu d'exemples chez des officiers ou des hommes d'intelligence ou de culture au-dessus de la moyenne — ceci, bien entendu, en dehors des cas aigus, guérissant en quelques semaines. Elle est par contre assez fréquente parmi les commotionnés de la troupe qui aboutissent aux asiles en raison de la longue durée de leurs troubles. Elle représente, sans doute, une part assez importante des aliénés chroniques prisonniers rapatriés comme inaptes à tout service.

Il est difficile de préciser son pronostic, les malades arrivent presque toujours avec des renseignements insuffisants qui ne permettent pas de faire, dans leur histoire, la part exacte de la commotion. Il faut le tenir au moins pour très médiocre ; j'ai vu des guérisons survenir au bout de huit mois, dix mois, un an. Elles sont rares, et beaucoup de malades resteront sans doute des chroniques définitifs.

C. **Puérilisme mental et démence précoce.** — Il peut arriver que, sur un fonds de confusion mentale, certains caractères psychologiques se détachent avec un relief particulier, constituant un type clinique distinct. L'un des plus intéressants à cet égard est le *puérilisme* mental. J'en ai observé pendant longtemps un très bel exemple, d'autres ont été publiés par Charon et Halberstadt, Laignel-Lavastine et V. Ballet, Bonhomme, entre autres.

Celui que j'ai vu était un sous-officier d'infanterie, de 35 ans, robustement charpenté, sans tares pathologiques connues, bien qu'il appartînt à une région de France très fortement alcoolisée. Il avait fait avant la guerre ses preuves de courage, et appartenait au corps des gardiens de la paix d'une grande ville. Habitude de la discipline et sens du devoir très nets. Bonne attitude

au feu, d'après les renseignements recueillis, aucune défaillance morale pendant plusieurs mois de guerre. Un jour, commotion, par éclatement d'obus tout proche. Perte de connaissance, coma plus ou moins complet de plusieurs jours, puis confusion mentale extrême, confinant à la stupeur, d'où il sort péniblement, au bout de quelques semaines, pour se trouver dans l'état suivant :

Apparence de lucidité relative ; le malade reconnaît facilement ceux qui l'entourent, et sait qu'il est à l'hôpital. Mais il est incapable de dire ce qui lui est arrivé, et est complètement désorienté dans le temps. Il a oublié qu'il est marié et qu'il a des enfants, bien qu'il eût des sentiments familiaux normalement développés. Mais surtout, il ne parle qu'en langage « petit nègre », sur un ton plaintif, d'une voix zézayante et enfantine. Sa conversation spontanée ne porte que sur les actes élémentaires de la vie animale, il demeure inerte et indifférent. Puis il se met à jouer, avec des morceaux de papier, des linges — se fait une poupée, des bateaux de papier, manifestant une vive contrariété quand on les lui enlève. La directrice de la formation à laquelle il appartient, qui s'est attachée à sa rééducation avec une patience digne d'éloges, lui a donné une poupée, qu'il berce et avec laquelle il joue. Son jeu est maladroit; c'est celui de l'imbécile retardataire bien plus que celui de l'enfant normal. Il n'a aucune imagination, aucune initiative. Il semble bien qu'il y ait une « féminisation » relative des instincts — les jouets de petits garçons ne semblent lui faire aucun plaisir, les jouets guerriers notamment. Mais il y a surtout régression totale vers l'enfance, et l'on ne peut pas dire qu'on ait l'impression d'une véritable inversion sexuelle.

Le sujet ne sait plus ni lire ni écrire. Il ne paraît pas délirer, mais à certains moments a des peurs soudaines, et qui ne durent pas. Pendant un court moment, il est plus égaré, veut fuir. Mais il n'exprime aucune vision terrifiante. Le sommeil et l'appétit sont assez bons. Il a fallu des mois pour sortir de cet état, et ce n'est guère que deux ans après la commotion que le sujet a pu reprendre une existence en apparence normale. Encore est-il extrêmement diminué, incapable d'une occupation fatigante ou d'un effort un peu prolongé d'attention. La mémoire revient, lentement. Il persiste un rire et un pleurer faciles, un peu explosifs et qui font volontiers penser aux syndromes pseudobulbaires. Les réflexes rotuliens demeurent très exagérés, il y a encore le plus souvent de la congestion encéphalique et de la cyanose des

extrémités. Il n'est donc pas interdit, malgré la quasi-guérison obtenue à force de soins, de penser à la démence précoce et d'en craindre l'évolution.

Pendant la période d'état, si l'on peut dire, il y avait, du reste, une tendance marquée à la catatonie, de la suggestibilité, et aussi du négativisme. La suggestibilité persiste.

En l'espèce, nous n'avons retrouvé aucun élément de prédisposition primitive ; tandis que, dans les observations publiées, cet élément semble assez net. Ici, l'émotion paraît avoir été nulle, le sujet ne s'est jamais souvenu de la commotion.

J'ai observé, d'autre part, plusieurs malades, chez lesquels le puérilisme a été plus transitoire et plus ébauché, réduit à la voix et au langage, pendant quelques jours, ainsi qu'à des peurs soudaines et des attitudes de défense, bras levé devant la figure, comme l'enfant qui s'attend à être battu. Ces hommes ont évolué, lentement mais nettement, vers la démence précoce, qui est bien, en fin de compte, le groupe clinique auquel il est le plus légitime de rattacher ces curieuses manifestations. Mais il est trop tôt pour dire que ces cas sont absolument incurables ; comme nous le verrons plus loin, en matière de commotion il faut être d'une extrême réserve.

D. Fausse paralysie générale. — Mairet et Piéron, ont signalé, à l'Académie de médecine, puis moi-même, que des commotionnés pouvaient présenter l'apparence de la paralysie générale, bien que l'évolution ultérieure des troubles permît d'éliminer après coup ce diagnostic. On trouvera confirmation du fait dans le très intéressant article de Pitres et Marchand (*Revue neurologique*, nov.-déc. 1916) sur les syndromes commotionnels simulant des affections organiques du système nerveux central.

En ce qui concerne la paralysie générale, une remarque préalable s'impose : il y a des commotionnés qui deviennent des paralytiques généraux, évoluent comme tels jusqu'à la mort, et dont la maladie paraît être restée latente jusqu'au moment de la commotion. Ce ne sont pas de ceux-là qu'il est question ici, mais au contraire de gens chez lesquels la maladie a guéri, ou tout au moins a régressé complètement. Les observations sont parfois impressionnantes, à tel point que si je n'en avais actuellement un certain nombre, et si la guérison ne se maintenait, pour quelques-uns, depuis plusieurs mois, je craindrais l'erreur de diagnostic.

Parfois, et c'est le cas pour un malade de Pitres et Marchand, il y a eu, après la commotion, une période de confusion mentale onirique, quelquefois aussi de délire polymorphe, qui éclaire le diagnostic, mais parfois aussi il n'y a, dès le début, que de la confusion extrême, avec amnésie stupide, qui ressemble beaucoup à la paralysie générale dépressive.

Les *signes physiques* sont du reste encore plus troublants ; qu'on en juge plutôt : exagération des réflexes rotuliens, tremblement de la langue et des doigts, réactions pupillaires paresseuses ou extrêmes, et dans certains cas, inégalité pupillaire, secousses fasciculaires dans les muscles de la face, qui sont atteints d'hypotonie, ce qui donne à la mimique une expression d'inertie tout à fait caractéristique. La parole est lente, découpée par syllabes émises avec effort, d'une voix monotone ; même, chez trois malades notamment, pour lesquels la suite a permis d'éliminer complètement la paralysie générale, il existait des achoppements absolument identiques à ceux de la paralysie générale légitime.

On ne saurait assez insister sur la netteté de ces signes, et la facilité de l'erreur à leur sujet. *Le diagnostic peut être impossible, au moins temporairement.* Inutile de rappeler que le liquide céphalorachidien, par sa lymphocytose avec albuminose légère, augmente l'incertitude. Quant à la réaction de Wassermann, elle ne saurait trancher la difficulté ; il y a trop de paralytiques avec réaction négative et trop de syphilitiques sans paralysie générale pour qu'elle ait d'autre valeur que celle d'un renseignement.

A vrai dire, le meilleur argument contre la paralysie générale, et en faveur d'un accident commotionnel, est l'*intensité des phénomènes moteurs*, relativement aux troubles psychiques. Les secousses et trémulations musculaires de la face, notamment, devraient correspondre à une paralysie générale très avancée, or l'examen montre plus de confusion que de démence. Distinction un peu subtile peut-être, mais qui a sa valeur. Chez nos malades la période durant laquelle les signes paralytiques ont dominé a été de quelques semaines à près d'un an. Chez tous, l'état mental s'est éclairci le premier, bien avant les signes moteurs. L'un a conservé pendant des mois un trouble sensible de la parole et une forte inégalité pupillaire.

E. Fausses lésions organiques cérébro-spinales. Fausses mé-

ningites. — Le même article de Pitres et Marchand signale des syndromes confusionnels anormaux dont nous avons eu nous-même des exemples, moins nets peut-être.

La *sclérose en plaques*, qui n'est, à tout prendre, dans la clinique ordinaire, qu'un syndrome banal de lésions disséminées, est assez facilement simulée par les états commotionnels : exagération des réflexes, tremblements, parole scandée, correspondant à ce que nous avons indiqué déjà. Mais l'élément permanent de confusion mentale et de congestion encéphalique, inséparable de la commotion cérébrale, permet d'ordinaire le diagnostic.

Les *syndromes méningitiques* posent un problème plus ardu. En fait, c'est surtout un problème de nature et de bactériologie. Quand un commotionné accuse une céphalée extrêmement vive, se tient en chien de fusil, a de la photophobie intense et un signe de Kernig, on peut être sûr qu'il a au minimum un liquide céphalo-rachidien hypertendu, sans doute même hémorragique. Il a donc bien une atteinte méningée. Seulement le diagnostic importe au point de vue du traitement. Lorsque l'on connaîtra les commémoratifs, on pourra mieux apprécier les faits, et éviter une injection intra-rachidienne de sérum au moins inutile.

TYPES ÉMOTIONNELS

Nous laissons de côté l'émotivité excessive et tenace de certains sujets, dont il a été question déjà, pour ne tenir compte que de syndromes plus complexes.

A. **Les états seconds persistants et les crises convulsives.** — Il est possible que les divers phénomènes dont il va être question ne soient pas de même nature ; cependant ils sont souvent liés les uns aux autres, et en général succèdent, les uns comme lès autres, à une période, parfois longue, de confusion mentale. Ils apparaissent d'ordinaire chez des prédisposés, et l'élément émotionnel est d'autant plus vraisemblable qu'il est possible, quoique rare, d'observer les mêmes états cliniques sans commotion, mais sous l'influence d'émotions vives.

Quoi qu'il en soit, un nombre important de commotionnés conserve pendant un temps variable, parfois indéfini, des *crises*, qui sont, soit un état d'automatisme — état second — durant quelques instants, apparaissant ou disparaissant brusquement — soit une crise convulsive de forme variable. Tout se voit en effet,

depuis la simple pâmoison, jusqu'à la grande crise hystéroépileptique en arc de cercle, et même jusqu'à la crise épileptique classique, avec morsure de la langue et miction involontaire. C'est ce qui permet de dire que des faits disparates se trouvent groupés ici. Le malheur est qu'il est parfois très difficile de dire si une telle crise est de nature « névropathique » ou pithiatique — ou bien de nature comitiale. Il n'est même pas possible de tirer argument du moment où la première crise est apparue, ou du fait que l'individu, n'ayant pas perdu connaissance au moment de la commotion, doit être surtout un émotionné, donc un hystérique. Il existe d'excellentes observations, une entre autres d'A. Léri, où des crises à caractère jacksonien ont apparu quelques heures après la commotion, chez un sujet qui avait conservé sa connaissance.

Il est probable cependant que ces crises épileptiques sont bien moins fréquentes que les crises d'ordre uniquement névropathique. La pratique des services, l'usage d'une psychothérapie rendue effective par une discipline réelle, en réduisant de beaucoup le nombre des gens « à crises », juge la nature ordinaire de celles-ci. Certaines, cependant, bien qu'elles soient évidemment hystériques, sont excessivement tenaces, et en même temps graves par leur intensité. A leur sujet se pose la question de simulation, que nous retrouverons plus loin.

B. **Le mutisme et la surdité.** — Le mutisme et la surdité sont également des phénomènes névropathiques, pour l'apparition et la persistance desquels l'émotion et le pithiatisme jouent le rôle principal, et qui sont parmi les plus susceptibles d'être entretenus par persévération. Ils ont été étudiés par Roussy et Lhermitte dans leur volume de cette collection consacré aux *Psychonévroses de guerre*, et s'il en est fait mention ici, c'est parce qu'ils sont parmi les plus fréquents des accidents émotionnels consécutifs à la commotion. C'est aussi parce qu'ils sont rares en dehors de la commotion.

Cette remarque signifie peut-être que l'émotion n'y a point une part exclusive, et qu'au début tout au moins elle pourrait bien se fixer en quelque sorte sur un désordre physique, aussi minime qu'on voudra le supposer, mais réel. Ce que nous avons dit déjà des signes de la commotion labyrinthique autorise cette hypothèse. La surdité, en tous cas, paraît avoir un point de départ organique plus fréquent que le mutisme, elle est moins

influencée que lui par les circonstances et les moyens thérapeutiques à action psychique.

La surdité s'ajoute parfois à la confusion mentale, qu'elle contribue peut être à entretenir. Quant au mutisme, il s'associe bien plus ordinairement aux états seconds et aux crises convulsives. Il n'est pas rare que la parole revienne au cours d'une crise. Il y a donc une différence importante entre le sourd confus qui parle et le muet, qu'il soit sourd ou non. Le premier n'est guère suggestionnable, quant au muet, il faut toujours agir sur lui par les méthodes psychothérapiques, et le plus tôt possible. Dans les premières heures ou même les premiers jours de l'accident, une psychothérapie aidée de la faradisation réussit à peu près à coup sûr. Quand l'infirmité est installée elle est tenace. L'anesthésie chirurgicale à l'éther, au chlorure d'éthyle ou au chloroforme donne également de bons résultats. De même parfois le sommeil hypnotique (C. S. Myers) qu'il ne faut employer qu'avec une certaine prudence.

C. **Les tremblements, les secousses, les attitudes vicieuses.** — Il y a une série de manifestations motrices, dont on trouvera l'étude détaillée dans le volume de Roussy et Lhermitte, et qui appartiennent aussi au syndrome émotionnel suite de commotion. Elles n'ont point, par elles-même, de signification mentale, et il est même rare qu'elles s'associent à des troubles psychiques caractérisés. La chose est possible cependant, et j'ai vu, soit des tremblements post-commotionnels, soit une fois au moins une attitude courbée « camptocormique » liés à un état de confusion mentale très net. Du reste, on sait que les tremblements post-commotionnels sont loin d'être tous de nature pithiatique. De même que les atrophies musculaires, certains ont un substratum anatomique infiniment probable, notamment les tremblements unilatéraux et ceux qui affectent la forme du syndrome parkinsonien.

Les tremblements, comme l'a bien montré Henry Meige, sont influencés chez certains sujets par la préoccupation obsédante de trembler, la *trémophobie*. Cette complication, de nature mentale, devait être rappelée ici. Certains cas soulèvent d'assez grandes difficultés d'interprétation, tel celui de Laignel-Lavastine et Courbon (*Annales médico-psychol.* 1916, p. 498) relatif à un commotionné avec stéréotypies de la marche, de l'attitude et de la mimique, et représentation mentale professionnelle de l'ouïe.

Le sujet, un an après la commotion, entendait toujours dans l'oreille la sonnerie électrique qu'il écoutait du temps où il était chasseur dans un hôtel.

TYPES CIRCULATOIRES

Certains commotionnés guérissent assez vite de leurs phénomènes mentaux, et ne conservent qu'un peu de fatigue mentale, outre leur exceptionnelle sensibilité aux ébranlements et aux bruits. Ils n'ont pas de manifestations névropathiques, pas de troubles de la sensibilité, pas d'états seconds. Mais ils ont, des mois après la commotion, un état particulier de la circulation, sur lequel il faut attirer l'attention, d'une part en raison de ce que sa cause réelle est ignorée le plus souvent — de l'autre par l'intérêt qu'il a pour l'interprétation de l'ensemble du syndrome commotionnel.

Cet état peut s'exprimer d'un mot, c'est de l'*hypotonie*. La pression, basse chez tous les commotionnés, l'est plus encore chez ceux-ci ; les veines paraissent dilatées, envahies par la stase ; les extrémités sont froides. Il y a de l'essoufflement au moindre effort, et d'ordinaire un galop cardiaque, indice d'une impulsion cardiaque insuffisante par rapport à la masse de sang à propulser. Fréquemment, il existe de la tachycardie, mais à l'inverse de la tachycardie basedowienne, celle-ci n'est pas permanente, et à la différence de la tachycardie émotive, elle n'est pas influencée par des actions psychiques autant que par l'effort physique, même léger.

L'épreuve de la résistance cardiaque, suivant la méthode de Lian, montre que ces sujets n'ont plus aucune résistance circulatoire. Ils ne souffrent que de cela, mais, comme leurs troubles sont mal connus, comme d'autre part ils ne présentent pas de lésion orificielle du cœur, ils sont considérés d'ordinaire comme des névropathes purs, et c'est à ce titre qu'ils sont — dans l'hypothèse heureuse, dirigés sur un centre neuropsychiatrique. Assez souvent, ils n'y parviennent qu'à la suite d'essais infructueux d'utilisation. J'en ai vu que l'on avait éliminé du service armé parce que seul le port du sac en marche provoquait chez eux de l'hyposystolie évidente ou des syncopes, mais qui, une fois versés dans le service auxiliaire, y avaient trouvé une affectation aussi pénible que le service régimentaire.

A côté de ces hommes, dont on pourrait presque dire qu'ils

ont le cœur et les vaisseaux forcés, il y a des malades atteints de *goître exophtalmique*, chez lesquels des accidents circulatoires, moins nets que chez les précédents, s'accompagnent de gonflement thyroïdien, de tremblement et de phénomènes oculaires. Chavigny, du Roselle et Oberthür, Laignel-Lavastine, Lortat-Jacob et d'autres encore en ont observé. J'en ai vu deux cas, frustes, mais nets. On pourra s'étonner de trouver ici ces cas, et non dans le paragraphe consacré aux états émotionnels. Mais c'est que la maladie de Graves, même lorsqu'elle a en apparence une origine émotionnelle, se distingue des états d'émotivité pathologique par l'intervention des sécrétions internes et de l'appareil vagosympathique. Or c'est précisément cet appareil que nous allons trouver à l'œuvre dans la pathogénie des accidents commotionnels.

§ 4. — Pathogénie.

Nous venons de voir un défilé de faits cliniques sérieux ; beaucoup même représentent des accidents graves, à courte ou longue échéance. Comment peuvent-ils être produits, sans blessure extérieure ? On a fait tout d'abord la réponse simpliste. Etant données les circonstances dans lesquelles survenaient les accidents, on a dit : c'est l'émotion, en l'espèce la peur. Et le populaire, qui ne s'embarrasse pas de chercher la cause des maladies *sine materia*, a gardé cette explication. « Un tel, dira-t-on, a été *effrayé* par un obus ». Les poilus, eux, qui ont vu les plus braves réduits à l'état de loques humaines par la commotion, tombent plutôt dans l'erreur inverse, et sont tentés d'attribuer à la commotion tous les phénomènes psychiques et neurologiques subits et survenant sans blessure au cours d'un bombardement.

Certes, il est naturel de faire ici une large place à l'émotion, et il n'y aurait rien d'étonnant à ce que, agissant avec cette intensité et cette soudaineté, elle fût uniquement responsable. C'est du reste ce que certains ont soutenu. A l'étranger, on a parlé de *névroses d'effroi* pour des accidents commotionnels. En France, Ballet et Rogues de Fursac ont tenu le raisonnement suivant : Tout ce que l'on observe chez les commotionnés peut être réalisé par des émotions ; il n'y a donc aucun intérêt à séparer un syndrome commotionnel d'un syndrome émotionnel, tout n'est qu'émotion.

Et Roussy, qui a obtenu dans ses services successifs des

résultats tout à fait beaux chez les hystériques, même, bien entendu, chez des hystériques commotionnés porteurs de manifestations névropathiques, pense que l'on a beaucoup exagéré la part de l'élément organique et que les accidents uniquement émotionnels correspondent à la grande majorité des cas. C'est, à quelques détails près, l'impression qui se dégage des études de Georges Dumas, mentionnées déjà, et auxquelles il faudra toujours se reporter pour l'étude de la confusion mentale d'origine émotive.

Mais ces auteurs, ne pouvant faire abstraction des faits positifs avec lésion constatée, plus fréquents du reste pour les commotions à signes neurologiques que pour celles à signes psychiques, ne peuvent attribuer à l'émotion qu'une part prépondérante, et non plus exclusive. Voyons si la théorie émotionnelle satisfait assez l'esprit pour que l'on puisse lui attribuer sans réserve ce que l'on demande pour elle. Il y a pour la juger des arguments cliniques et des arguments étiologiques.

Au point de vue clinique, est-il exact de dire, avec Ballet et Rogues de Fursac que *tous* les accidents commotionnels peuvent être reproduits par l'émotion ? L'émotion, surtout subite, saisit, elle arrête, elle paralyse, elle serre, elle inhibe. — *Vox faucibus hæsit.* Cela, nous l'accordons, et nous avons précisément noté que le mutisme est essentiellement un phénomène névropathique. Quant aux paralysies, qui ne sont du reste pas très fréquentes, loin de là, chez les commotionnés, nous savons qu'elles présentent souvent les caractères des paralysies hystériques, et nous ne sommes pas étonnés des succès de Georges Dumas qui en venait à bout, dans les tout premiers jours, aussi aisément que du mutisme.

Mais ces modifications du tonus musculaire, donnant à certains malades une apparence de paralytiques généraux, cette hypotonie vasculaire avec tachycardie d'effort, et non émotive, cette inégalité pupillaire, ces troubles trophiques même, comme le zona, ou un syndrome acromégalique, très net chez un de mes malades — ces troubles qui ont une signification organique si précise, figurent-t-ils dans les effets possibles des émotions ? Cherchons, parmi les pires affres, quelque influence comparable à celle de la commotion. J'ai dans mon service un homme dont j'ai parlé à propos de la confusion mentale, et qui est entré dans la confusion stupide au prononcé de l'arrêt qui le condamnait à mort. Il n'a rien d'un commotionné.

Il y a surtout des témoignages comme ceux des catastrophes

maritimes, celui de Hesnard, antérieur à la guerre, et qui a étudié avec beaucoup de soin l'état mental d'un certain nombre de sujets, au moment de la catastrophe de la *Liberté*. Il y a celui, qui est d'hier, du regretté Clunet, qui, ayant échappé une première fois à la mort lors du torpillage de la *Provence*, a indiqué avec une dramatique simplicité les accidents nerveux qu'il avait observés, et guéris. Ces accidents n'étaient survenus qu'une fois les hommes en sûreté — comme chez les *émotionnés* que je distinguais des commotionnés — ils avaient consisté en « immobilité absolue avec contracture en flexion des quatre membres, mutisme, ricanements incessants. Impossibilité d'obtenir la production des réflexes ». Tous ces accidents avaient été passagers. Les hommes, réchauffés, soumis à une forte flagellation, revinrent tous à l'état normal. Quelle différence entre ces gens en contracture extrême, et rapidement curable, et le commotionné, inerte comme un pantin dont les ficelles sont cassées, dont tous les réflexes sont exagérés, et qui demeure en cet état sans que l'on puisse faire rien d'efficace sur le moment !

Ainsi, il n'y a pas *identité* entre les effets d'une émotion intense, mortelle, à la fois soudaine et durable, comme celles qui se produisent parmi les passagers d'un navire torpillé, et les symptômes présentés par les commotionnés de guerre. Il y a analogie et rapports évidents, mais non superposition possible.

L'*étiologie* peut-elle mieux nous renseigner ? Il n'y a pas d'accidents commotionnels à chaque obus qui éclate. Quelles sont les commotions « pathogènes » et qui sont aussi leurs victimes ?

Pour les commotions, ce sont les explosions des obus d'un calibre moyen, ou bien encore des mines, qui les produisent le plus. Les faibles calibres ont un effet plus atténué et, quant aux gros, ils ne laissent pas de survivants dans le rayon d'action de l'explosion. Ceci conduit à une remarque en passant. Les partisans de la théorie émotionnelle pure disent : comment se fait-il qu'on ne voie jamais de commotionnés blessés, et qu'il y ait une sorte d'antinomie entre blessure réelle et accidents commotionnels ? — C'est que, *quand il y a, du même coup, blessure grave et phénomène commotionnel, le blessé meurt, en état de shock*. Et quand il y a blessure légère, nous verrons plus loin qu'elle peut contribuer précisément à réduire les effets internes de l'explosion.

Puis, il n'y a pas seulement la masse explosive qui intervient. Il semble bien qu'en rase campagne les accidents soient moins graves que dans la tranchée. Pourquoi ? — Parce que les parois rapprochées, se renvoyant les ondes de pression, en augmentent les effets. Les pires commotions surviennent dans un lieu clos, un abri, une casemate.

Au point de vue individuel, on a dit, et Maurice Dide l'a démontré d'une manière péremptoire pour un bataillon de chasseurs, que les accidents commotionnels dépendaient du moral des hommes, de l'influence de leurs chefs et de leurs médecins. C'est tout à fait exact, mais encore faut-il s'entendre. En ce qui concerne les suites, oui, en ce qui concerne les accidents émotionnels purs du premier moment, oui, mais non en ce qui concerne les commotionnés en état de shock. Une haute énergie morale, telle qu'elle est entretenue dans ces troupes d'élite, chasse les phénomènes de peur et hâte la guérison des cas légers. Mais il y a des cas qu'elle ne peut ni supprimer, ni influencer. Et si ces cas sont moins nombreux parmi de telles troupes, cela peut tenir à d'autres conditions. Mes collaborateurs, Grandclaude notamment, ont bien noté l'influence du surmenage, surtout de la marche longue, pesamment chargé, dans les boyaux, peu avant la commotion, l'influence d'une alimentation moins bonne, prise à des heures irrégulières, influences débilitantes au point de vue général et au point de vue de la circulation, et qui sont vraisemblablement plus rares dans des corps où par tradition le bien-être des hommes est poussé aussi loin que les circonstances le permettent. Puis il y a des sujets que l'on n'envoie pas dans un bataillon de chasseurs, qui réclame une aptitude physique supérieure, et qui sont à leur place dans un régiment d'infanterie.

Or il paraît évident que les malingres sont atteints d'une manière plus sévère que les hommes vigoureux. Parmi ces malingres, il faut noter tout de suite ceux dont l'appareil circulatoire n'est pas solide, les hypotendus habituels. Il faut mentionner également, et d'une manière toute spéciale, les anciens commotionnés.

En somme, il n'est pas douteux qu'un état habituel de défaillance morale aggrave les accidents commotionnels, les entretient et les complique. Mais le moral le plus constamment et régulièrement élevé ne met pas à l'abri de ces accidents. Il faut donc leur chercher une autre cause.

On a cru le trouver dans la *contusion* directe, le sujet étant

renversé et projeté par le déplacement d'air, son corps vient frapper le sol avec une force que certains jugent suffisante pour produire des accidents. H. Claude, notamment, a publié à cet égard des faits intéressants. Mais ils ne peuvent être qu'exceptionnels, si l'on y songe, étant donnée la rareté des plaies contuses chez les commotionnés. Puis cela ne serait guère valable que pour la tête — quand on a cherché à produire chez l'animal la commotion expérimentale de la moelle, on sait qu'il faut une force considérable pour que ses effets dépassent quelques instants. Certains faits sont décisifs, contre cette théorie, telle l'observation de cet ancien élève d'Alfort, habitué à l'investigation physiologique, que Babinski a rapportée en juin 1915 à la Société de neurologie. Il avait été frappé de paraplégie, par hématomyélie, *étant couché sur le terrain, et sans avoir été projeté ou déplacé par l'explosion.*

La commotion, l'appareil circulatoire et le système nerveux. — Les circonstances dans lesquelles apparaît la commotion, aussi bien que les résultats des autopsies, appelaient des tentatives d'explications mécaniques, tenant compte des lésions internes que l'on constatait. C'est ainsi que, de divers côtés, on a comparé les accidents commotionnels à ceux de la décompression atmosphérique brusque, de la « maladie des caissons ». Analogie légitime : dans les deux cas, modification brusque de la pression extérieure à l'individu, accidents subits, atteignant notamment le système nerveux. On sait, en effet, que quand les individus qui travaillent dans l'air comprimé ne sont pas soumis à des pressions décroissantes et ménagées, ils présentent des accidents, dont le mécanisme est aujourd'hui bien connu.

Mais il y avait une difficulté préalable à rapprocher ces deux ordres de phénomènes. Dans l'explosion, l'élément évident, c'est l'expansion des gaz et de l'air, à partir du foyer, c'est l'existence d'ondes centrifuges, d'une violence et d'une soudaineté qui dépassent l'imagination. C'est donc une *surpression*. Or, on ne voit pas bien comment on peut appliquer à cette surpression des théories relatives à des décompressions.

La réponse à cette contradiction a été fournie — en apparence — par divers arguments d'ordre physique. On a invoqué — Sollier et Chartier l'ont fait avec réserve — la *raréfaction de l'air* à l'intérieur du cône d'explosion, ayant pour résultat, aussitôt après celle-ci, un appel venant des couches d'air latérales, donc une

diminution de pression. L'existence de cette onde en retour est démontrée par de nombreux exemples, entre autres celui-ci : quand un obus éclate dans une rue, les vitres jonchent d'ordinaire le sol de la rue, et non des appartements. On a cherché à mesurer, ou tout au moins à apprécier cette décompression : des expériences nombreuses ont été instituées, ayant pour point de départ des constatations faites par M. Arnoux sur un baromètre anéroïde. Celui-ci, mis hors d'usage par une explosion d'obus, avait subi une dépression de 350 millimètres de mercure. Chavigny, dans deux mémoires des *Annales d'hygiène publique*, a exposé en détail les dispositifs dont il s'était servi dans des recherches conduites avec une rigueur remarquable, et qui démontrent à l'évidence que la *dépression* invoquée est en réalité sans valeur. Jamais l'onde centripète ne produit des effets comparables à ceux de l'onde centrifuge. L'exemple des vitres est spécial. des conditions d'élasticité et de vibration y interviennent, qui ne se retrouvent pas dans le corps humain.

Il y a du reste une considération de bon sens qui peut être invoquée ici. Dans la décompression, ce qui provoque les troubles, c'est d'une part que, pendant la *sur-compression*, des gaz ont été dissous en excès dans le sang, suivant les exigences de la loi de Dalton, et que, d'autre part, une fois la décompression survenue, celle-ci est permanente. Il n'y a qu'une partie du phénomène qui est instantanée, mais ce qui est essentiel, c'est qu'il y ait eu, *préalablement*, une phase d'emmagasinement des gaz dans le sang, et que, *après*, ces gaz aient toute faculté de se dégager, la décompression étant persistante. Ceci est tellement vrai que les accidents sont d'autant plus graves chez les plongeurs que la compression a duré plus longtemps, soit qu'une plus grande quantité de gaz a été dissoute dans le sang. Et de même, si on recomprime, aussitôt après la décompression, on réduit les phénomènes morbides.

C'est que la maladie des caissons, comme Paul Bert l'a montré, tient essentiellement au dégagement des bulles de gaz dans le sang et les liquides de l'organisme. Or ce dégagement n'est pas instantané, pas plus que n'est la dissolution préalable du gaz dans le sang. Si, comme je l'ai fait en 1899, on soumet des animaux à des décompressions brusques de 10 atmosphères, on peut voir le dégagement des bulles par l'autopsie immédiate.

Dans la commotion par explosion, il n'y a pas de dégagement gazeux, parce qu'il n'y a pas eu, préalablement, compression

lente et emmagasinement de gaz dans le sang. Le retour à la normale qui suit la compression produite par l'explosion ne s'accompagne pas de dégagement de gaz, parce que la compression a été trop courte. Et s'il était démontré qu'il y a, à ce moment, une décompression par rapport à la normale, elle serait également sans action, parce que trop brève.

Il y a, par contre, dans la commotion, une pression colossale, au moins dans un court rayon, dont les effets sont connus des techniciens, notamment sous le nom de « raidissement de l'onde » (Vielle) comme l'ont rappelé Sollier et Chartier. Comment cette pression peut-elle aboutir à des lésions, c'est ce qu'il reste à déterminer.

Contre toute prévision, c'est tout de même aux accidents de la décompression brusque qu'il faut demander une explication. Ceux-ci, en effet, ne se réduisent pas uniquement au phénomène de Paul Bert, le dégagement des gaz du sang. J'ai indiqué en 1900 à la Société de Biologie des lésions accessoires, sans importance pour la maladie des caissons, mais qui deviennent ici essentielles.

Quand on examine des moelles de lapin soumis à une décompression brusque, on trouve, outre des lésions dues au dégagement des bulles de gaz dans le canal central et le parenchyme, une disposition tout à fait particulière des vaisseaux. Ceux-ci sont dilatés, *augmentés de longueur*, car au lieu d'être rectilignes ils sont sinueux, même enroulés en hélice. Cette lésion se voit fort bien sur les moelles fixées aussitôt après l'expérience, elle se voit aussi après une survie de quelques jours, elle est donc durable. Parfois il se fait de petites ruptures sur ces vaisseaux distendus, et des hémorragies. Pourquoi cette distension ? Elle tient en partie au dégagement gazeux, qui absorbe un certain volume à l'intérieur des vaisseaux, mais surtout à la congestion des territoires vasculaires profonds par le sang chassé de l'abdomen. Dans l'intestin, la distension gazeuse est énorme, et, par son fait tout le sang des réseaux vasculaires abdominaux, ce qui représente une masse considérable, se trouve chassé dans les territoires voisins. Bouchard avait bien vu ce phénomène auquel il avait même donné une importance pathogénique dans la maladie des caissons.

Revenons aux commotionnés. Nous avons vu que beaucoup d'entre eux se plaignent d'avoir reçu comme un coup de poing dans le ventre. C'est que là est, de tout le corps, la partie sou-

ple, facilement dépressible par la pression extérieure. Au moment de l'explosion, cette partie cède, le sang qu'elle contient est refoulé, non plus comme dans la décompression, par le dégagement des gaz de l'intestin, mais simplement par le fait de la pression extérieure. Ce sang, poussé dans tout le système circulatoire comme par un coup de piston, épuise sa pression dans les capillaires généraux et cutanés, d'autant que le temps pendant lequel cette pression s'exerce est extrêmement court. Mais les organes contenus dans une cavité inextensible, et en état d'équilibre de pression, comme le système nerveux central, suspendu en quelque sorte entre la pression sanguine et celle du liquide céphalo-rachidien, supportent intégralement cet excès de pression. C'est ainsi que, dans le système nerveux central, se produit fatalement un coup de bélier vasculaire, tout à fait analogue à celui qui constituait la lésion accessoire de la maladie des caissons.

De même, des organes à vascularisation riche, le poumon, le foie, la vessie, sont le siège d'accidents congestifs de même ordre au moment de la commotion. Comme preuve, les hémorragies, légères, mais pas exceptionnelles, dans le liquide céphalo-rachidien et la simple hypertension, quasi-constante, de ce liquide, et aussi les dilatations veineuses du fond d'œil, vues à l'ophtalmoscope.

Et ce qui montre bien que le fait essentiel est d'ordre vasculaire, c'est, outre la constatation d'hémorragies par les autopsies, des faits comme celui de Georges Guillain, où une hématomyélie s'est produite *un mois après* la commotion, attestant ainsi la permanence des lésions des vaisseaux.

Mais il y a des milliers d'hommes qui sont restés indemnes au voisinage d'une explosion ; il y a aussi des milliers de commotionnés chez lesquels le liquide céphalo-rachidien n'est pas hémorragique et qui vraisemblablement n'ont pas eu de rupture vasculaire. C'est ici que la théorie a besoin d'être complétée. Il est facile de comprendre qu'au moment du choc de pression, les vaisseaux soient distendus ; il est moins facile de comprendre, à première vue, pourquoi cette distension persiste. Or elle persiste, non seulement dans les moelles de lapins décomprimés, mais aussi dans l'appareil circulatoire des commotionnés, puisque nous avons noté que chez ceux dont les accidents sont durables, on trouvait de l'hypotension.

C'est que, par l'intermédiaire des vaisseaux, le coup de bélier a

agi sur le système nerveux, *mais bien moins sur le système nerveux central que sur celui des vaisseaux eux-mêmes. La conséquence immédiate de l'explosion, c'est la paralysie vaso-motrice des vaisseaux subitement distendus.* La conséquence de cette paralysie vaso-motrice est beaucoup plus marquée sur le cerveau que sur la moelle, en raison de la vascularisation extrême des méninges, de l'écorce et des noyaux centraux. Et voilà pourquoi les conséquences des commotions sont bien plus ordinairement cérébrales que médullaires.

Anatomiquement, la paralysie vaso-motrice fait de l'œdème. Or cet œdème a été retrouvé par Leriche, au cours de trépanations. Cet œdème n'est pas seulement une cause de gêne, dans cette cavité close qu'est le crâne. Il a pour effet d'entraver la circulation cérébrale, d'où un fonctionnement psychique difficile en même temps que de la céphalée. Suivant la manière dont la circulation cérébrale est troublée, des modalités cliniques diverses peuvent survenir : de la torpeur cérébrale avec confusion, de la stupeur, ou au contraire de l'excitation soit psychique, soit motrice, ce qui aboutit suivant le cas à l'onirisme ou à la crise convulsive.

Ce rôle de la vasomotricité cérébrale n'est ni une hypothèse, ni une nouveauté. Voici juste vingt ans que l'existence des vaso-moteurs cérébraux a été démontrée, à peu près simultanément, par Gulland, par Morison et par Obersteiner, et qu'à la faveur de cette découverte, Courtney, de Boston, mettait en lumière le rôle de l'œdème cérébral et de l'anémie vasoparalytique dans les commotions par choc direct. En 1899 je publiais avec Boyer un cas mortel de commotion par coups sur le crâne, sans fracture, qui, à l'autopsie, avait montré de la congestion œdémateuse sans lésion en foyer.

Ce n'est pas simplement à l'appui de la théorie que l'on peut mentionner ici ce qui se passe dans la commotion par choc direct. Il y a une analogie réelle, évidente, entre les accidents tardifs des commotionnés et ceux des trépanés. Or chez ces derniers, nous le verrons, c'est moins encore la perte de substance cérébrale — souvent nulle du reste — qui importe, que l'intensité et la permanence des phénomènes congestifs de voisinage. Et cette analogie n'est pas seulement dans les symptômes permanents : confusion mentale, vertiges, céphalée, susceptibilité exagérée aux impressions sensorielles. Elle est aussi dans les accidents isolés, crises convulsives notamment, qui dans les

deux cas peuvent tenir à de simples variations de la vasomotricité cérébrale.

Donc, toutes les circonstances de nature à augmenter, aussitôt après la commotion, la stase circulatoire, devront, si la théorie est exacte, aggraver les phénomènes commotionnels. De même toutes celles qui tendront à rétablir la circulation atténueront ces accidents. En fait, ce qu'il y a de pire pour un commotionné, c'est d'être enterré, d'avoir le thorax pris sous un éboulement de matériaux qui crée de l'asphyxie. A l'inverse, cette constatation courante que les commotionnés légèrement blessés en même temps, *surtout ceux qui ont eu une hémorragie*, ont des symptômes commotionnels bénins. La perte de sang, transformant l'équilibre vasculaire, a contribué au retour d'une circulation normale. De même les résultats heureux du traitement immédiat par des toniques vasculaires énergiques.

Aucune théorie, du reste, en pareille matière, ne peut prétendre à tout expliquer. Celle-ci a pour elle des arguments physiologiques, vraisemblables pour un certain nombre de cas peut-être, mais bien d'autres conditions peuvent et doivent intervenir. Le temps a fait perdre de vue la vieille théorie de Duret sur la commotion cérébrale par choc du liquide sur le plancher du 4e ventricule. Il y a peut-être aussi, chez certains sujets, une localisation bulbaire dont il faut tenir compte, et c'est par commotion qu'a été réalisé un cas exceptionnellement rare d'hémorragie bulbaire recueilli par A. Léri.

Le choc direct d'un agent contondant sur le crâne peut produire des lésions cellulaires, suivant divers travaux qui ont l'inconvénient d'être antérieurs à l'époque où les modifications de l'équilibre circulatoire ont été étudiées chez les commotionnés ; mais il est possible qu'il y ait, de ce côté, quelque part de vérité. Pourtant, il faut retenir que, dans l'ensemble, les accidents commotionnels guérissent, ce qui se comprend mieux avec des troubles circulatoires durables qu'avec des lésions corticales réalisées.

Il peut y avoir d'autres lésions nerveuses que les lésions corticales. Il est possible que le choc initial avec pression exagérée dans le système circulatoire retentisse sur les ganglions et les plexus du sympathique abdominal. A voir certains commotionnés, sidérés, sans réaction, en état d'inhibition totale, on ne peut se défendre de penser aux grenouilles de Goltz et aussi à la part bien connue du sympathique dans tous les phénomènes de collapsus. Si l'on admet qu'à ce moment des lésions minimes, mais

durables, peuvent se produire, on est aidé dans la compréhension des phénomènes tardifs, notamment de ceux où l'hypotension extrême domine la scène.

Le sympathique, le vagosympathique plutôt, ne doit pas non plus être considéré isolément. Déjà Loeper a très justement signalé, notamment à propos de l'appareil surrénal, le retentissement glandulaire des commotions. L'espace manque ici pour indiquer les renseignements si utiles que l'on peut tirer de ces recherches encore en cours, mais l'on voit déjà que, pas plus pour la commotion générale du système nerveux que pour la commotion labyrinthique, il n'est légitime de faire abstraction de ce qu'il peut y avoir de physique pour ne s'occuper que de l'émotion. Il est possible que dês données nouvelles viennent bientôt préciser le mécanisme physique. Rien ne dit, en effet que, suivant l'hypothèse rationnelle de Sollier et Chartier, la composition des explosifs n'intervienne pas quelquefois, surtout chez des sujets en état de coma et qui respirent sans défense des gaz toxiques.

Va-t-on conclure de ce qui précède que l'émotion n'intervient pas ? Assurément si. Mais elle n'est pas tout, et peut-être intervient-elle surtout, en dehors des émotionnés du premier moment, comme élément de fixation des troubles, comme manifestation secondaire greffée sur une épine irritative de nature organique.

C'est en cela qu'il est parfois difficile d'opposer le syndrome commotionnel et les accidents émotionnels qui le compliquent presque toujours. Mairet et Piéron, Clovis Vincent l'ont fait, et leur distinction est utile pour la position de la question. Mais elle serait critiquable en pratique, si on voulait s'y tenir d'une manière trop absolue. Du moins ont-ils eu le mérite d'affirmer que certaines manifestations post-commotionnelles ne pouvaient s'expliquer par l'action unique de l'émotion.

Il semble surtout que cette action soit extrêmement efficace lorsqu'elle s'exerce tardivement et secondairement à la commotion, sur un terrain préparé par celle-ci. J'ai indiqué déjà l'émotivité exagérée des commotionnés, j'ai vu à plusieurs reprises l'état de certains malades s'aggraver beaucoup à la suite d'une émotion. L'un des plus nets est celui d'un commotionné confus, dont l'observation avait été bien prise dans l'hôpital où il avait passé, et qui n'avait qu'une confusion dépressive modérée, avec légère tendance à la stupeur, sans onirisme ni réaction délirante ou agitée. Mis en convalescence, il était resté dans un état sta-

tionnaire, et quand vint le moment de repartir, sa famille, le trouvant trop troublé, le fit visiter à domicile pour avoir une prolongation. Il fut considéré alors comme exagérateur, on le lui dit, on parla de Conseil de guerre. Aussitôt il tomba dans une confusion beaucoup plus profonde, avec bouffées délirantes anxieuses, qui le fit diriger sur le centre de psychiatrie, et qui fut assez tenace.

On voit d'ici la difficulté du *diagnostic*, du diagnostic pathogénique surtout. Du moins doit-on conserver, des considérations qui précèdent, l'impression que des réserves sont toujours nécessaires quand il s'agit de commotionnés graves.

§ 5. — Pronostic et Traitement.

Au point de vue pronostic, plusieurs cas :

Sur l'ensemble des *commotionnés du champ de bataille*, la majorité doit guérir très vite, sans évacuation à l'intérieur, mais après un repos suffisant dans un endroit abrité du bruit et de l'ébranlement. Inutile de parler des émotionnés simples.

Parmi les *commotionnés évacués* pour des accidents sérieux, la majorité encore doit guérir en peu de semaines. Mais il demeure une forte minorité de sujets qui ont des accidents tenaces et dont le pronostic est absolument réservé. Même chez ceux que l'on peut considérer comme guéris rapidement, il faut tenir compte de l'extrême susceptibilité au bruit, à toutes les impressions émotionnelles et sensorielles, et être prudent quant à leur utilisation.

Parmi ceux dont la guérison se fait attendre longtemps, et qui conservent pendant des mois, soit un état confusionnel, soit des troubles sérieux de circulation, il est possible que certains ne retrouvent jamais la santé. Chez eux, les accidents ont entraîné très probablement des lésions minimes du cerveau, de ces cicatrices insignifiantes d'apparence, et dont la signification pathogène est si haute, comme l'a montré Pierret. Cependant, étant donné que dans la règle il s'agit de sujets jeunes, à système circulatoire sain, le pronostic général des commotions doit être : *extrêmement réservé et même pessimiste quant à la durée, mais relativement favorable quant à l'éventualité d'une guérison complète.*

Le traitement devrait pouvoir être pathogénique. Faute d'indications suffisantes à cet égard, on retiendra quelques données

empiriques : Combattre énergiquement le collapsus circulatoire dans les premiers moments, réchauffer les hommes quand il y aura lieu, et dès que ce sera possible. Evacuer au delà de la zône de feu et sur une formation spécialisée quand l'intensité des accidents le commandera. Là, calme maximum. Les commotionnés doivent être soignés comme des gens atteints de fracture du crâne, car au point de vue organique, il n'y a pas de différence essentielle entre les deux cas. Il est possible qu'un peu de glace sur la tête soit utile chez certains, mais plutôt s'il y a de l'excitation. Des boissons abondantes, des diurétiques, des toniques cardio-vasculaires seront plus utiles. On essayera l'adrénaline, avec prudence, en raison des contre-coups possibles sur le système vago-sympathique. On isolera les gens à crises et l'on combattra par une psychothérapie précoce et efficace, le plus souvent aidée par l'électricité, les manifestations pithiatiques. On combattra les moindres téndances à l'alcoolisme.

Quant aux séquelles prolongées, chaque fois que ce sera possible, on aura recours au travail agricole. C'est le plus sûr moyen de faire disparaître complètement les crises de ceux qui n'en ont que de rares, c'est surtout une méthode excellente pour améliorer la circulation cérébrale. Le trépané en est moins justiciable, parce que les changements de position appuient son cerveau sur sa cicatrice, ou au contraire tirent sur elle, suivant sa position. Mais le commotionné, dont la boîte crânienne est intacte, peut se pencher. L'exercice au grand air, sans hâte, est précieux pour lui.

Comme conclusions à ce chapitre si spécial de pathologie de guerre, on n'a qu'à relire celles de Pitres et Marchand, dans leur article sur les syndromes commotionnels.

« La première, c'est qu'on ne saurait trop se tenir en garde contre les erreurs de diagnostic et de pronostic auxquelles pourrait éventuellement donner lieu la méconnaissance de la pathologie organique des commotionnés.

« La seconde, c'est que les cliniciens auraient le plus grand tort de s'obstiner à ne voir, dans les phénomènes post-commotionnels, que des troubles purement fonctionnels d'origine émotive, hystériques ou pithiatiques, sous le prétexte que le traumatisme provocateur ne s'est accompagné d'aucune plaie extérieure. Les sujets dont nous venons de relater les observations n'étaient évidemment, bien qu'ils n'eussent reçu aucune blessure apparente, ni des sinistrosés ni des simulateurs ;

c'étaient, à n'en pas douter, de véritables blessés, des blessés internes. »

V. — EXCITATION CÉRÉBRALE ET MANIE

Les classifications psychiatriques modernes n'admettent pas toutes l'existence de la *manie*, considérée, selon l'opinion courante, comme une psychose particulière, consistant en excitation cérébrale avec agitation motrice, sans délire ni confusion. En raison de la récidive fréquente des accès de manie et de leur alternance éventuelle avec la mélancolie, une théorie nouvelle a pris naissance, celle de la *psychose maniaque-dépressive*. Dans cette conception, les accès de manie et de mélancolie, consécutifs ou même parfois associés dans un mélange de symptômes, ne sont que les expressions diverses d'un trouble permanent et fondamental. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question et de montrer en quoi les vieilles descriptions des aliénistes français correspondent mieux à la clinique courante que les constructions pathologiques étrangères, mais au point de vue spécial de la psychiatrie de guerre, une remarque s'impose.

Le médecin qui considérera comme atteints de psychose maniaque-dépressive les déprimés à tendance mélancolique qu'il rencontrera au front a les plus grandes chances de se tromper. Nous avons montré combien graves, combien lourdes étaient les causes de ces états dépressifs engendrés directement par la guerre. On peut en conclure que la prédisposition, qui dans la théorie de la psychose maniaque-dépressive est tout, n'est ici que secondaire.

En ce qui concerne la manie, on peut faire la même remarque. Elle n'est certainement pas, au front, uniquement la manifestation inéluctable d'une maladie chronique à rechutes, ou si l'on veut à éclipses. Mais il est bien possible aussi que la vieille *manie* des auteurs ne soit pas une maladie. Il en résulterait qu'elle n'est en somme qu'un accident assez banal d'excitation cérébrale survenant chez des prédisposés, à l'occasion de fatigues et sans doute surtout d'émotions. C'est une réaction de système nerveux fragile, peut-être même de système nerveux pas très intelligent. Et c'est pour aboutir à cette conclusion que j'ai dû poser le problème sur le terrain théorique. Il faut, en effet,

qu'il soit bien entendu, lorsqu'un accès maniaque se déclare dans une unité, qu'on doit chercher s'il n'y a pas eu des causes. On en trouvera une assez souvent, qui est l'*alcool*. Certes il ne faut pas confondre l'accès maniaque avec le délire aigu alcoolique, qui comporte un élément de confusion mentale qui manque chez le maniaque ; mais ce dernier est assez souvent un buveur d'habitude. à doses moyennes, comme l'on boit au front lorsqu'on est considéré comme sobre, et l'excitation permanente se transforme un jour, à la suite d'une fatigue, ou d'un accès de grippe, ou d'un incident de guerre, en un accès maniaque.

A vrai dire, à en juger par les assez nombreux maniaques qui ont été évacués sur le centre de Lyon, ce n'est guère que de l'*hypomanie*, c'est-à-dire de l'excitation cérébrale, incompatible avec le service, source de trouble et de désordre, et parfois de dangers, mais ce n'est pas le grand accès maniaque échevelé que l'on voit dans les asiles. A l'armée, en général, les maniaques sont pris à temps.

Ils sont assez faciles à reconnaître : ce sont d'incorrigibles bavards, que l'on ne peut arrêter — que la présence d'un supérieur de haut grade n'intimidera pas, au contraire, car elle leur fournira un auditeur de plus, auquel ils s'adresseront de préférence.

Ce sont aussi des agités moteurs, d'une initiative débordante, d'un zèle infatigable, en général désordonné, mais qui peut faire illusion. Ils ne connaissent pas la lassitude, ne dorment pas, agissent et parlent sans cesse. A mesure que la crise s'avance, l'excitation s'accroît, le repos relatif diminue de plus en plus, et, parallèlement, l'activité devient plus incohérente, la parole plus précipitée et plus incompréhensible. A ce moment le maniaque devient irritable et volontiers menaçant. Au voisinage de l'ennemi, il est extrêmement dangereux par l'imprévu et l'imprudence absolue de ses manifestations ; il est à évacuer sans un instant de délai. Mais encore une fois, dans la règle, on s'en est aperçu à temps.

J'ai opposé l'accès maniaque à la confusion mentale, et il s'en distingue en effet au point de vue clinique, mais il ne faut pas être trop esclave des formes symptomatiques, il n'y a peut-être pas une incompatibilité absolue de nature entre les deux phénomènes. Il y a des maniaques — et c'est une notion à connaître — qui font leur accès quand leur cœur, ou leur rein, est transitoirement défaillant. Et il est difficile de se dire qu'en pareil cas

ce n'est pas de phénomènes toxiques qu'il s'agit. Il faut ajouter que de tels sujets sont toujours des héréditaires dégénérés.

Mais c'est là un caractère commun à bien des maniaques. Séglas, dans une publication qui date de peu avant la guerre, est revenu, avec ce sens clinique si remarquable dans ses travaux, sur cette question des accès maniaques des débiles. Il a montré la pauvreté de leurs manifestations, qui les rapproche des stéréotypies des déments précoces.

Il faudra donc, lorsqu'on aura le loisir d'examiner à fond l'un de ces maniaques, et la responsabilité de la décision à prendre, peser avec soin les causes de l'accès et se déterminer de la même manière qu'on le ferait si le trouble mental s'était présenté sous la forme d'un accès confus. On sait que la maladie est passagère, c'est le fonds mental et les circonstances extérieures qui importent.

Très souvent, la débilité mentale de ces maniaques, s'accuse par leurs idées ambitieuses. L'un des plus beaux cas que j'ai rencontrés est celui d'un sergent d'infirmiers militaires, ancien infirmier de l'A. P. de Paris. « J'opérais avec Poirier », disait-il. Un beau jour, l'hôpital d'évacuation où il se trouvait est bombardé par avions. Notre homme s'agite, donne des ordres, dépense pendant quelques heures des forces imprévues à transporter les blessés dans les caves, s'arroge une autorité absolue, et fait tant et si bien qu'on l'évacue, après avoir commencé par le féliciter chaudement — peut-être de bonne foi, mais je veux croire plus tôt dans l'espoir de le calmer.

A son arrivée dans le service, même exubérance familière, la main tendue à tout venant — mêmes initiatives inutiles. Et, de plus, des prières, un peu impérieuses, pour que j'écrive au chef supérieur du service de santé de l'armée d'où il provient que le sergent X. ayant montré autant de connaissances médicales que d'initiative militaire, doit être promu aide-major de 2e classe. Pour le coup, j'ai regardé de nouveau les pupilles du sergent, et j'ai cherché ses réflexes Cette mégalomanie avait une fâcheuse odeur de paralysie générale. Elle n'en était pas, l'avenir l'a confirmé. Mais c'est qu'aussi bien un état maniaque de ce genre se voit fort bien au début de la paralysie générale, et souvent ce n'est pas trop de l'ensemble des signes physiques pour faire le diagnostic.

Il y a, chez certains épileptiques, des accès d'excitation dangereuse que nous retrouverons plus loin, et qui ressemblent à

des accès maniaques. Ils s'en distinguent par le début soudain et l'égarement beaucoup plus grand.

Outre les maniaques du front, les centres de psychiatrie de l'intérieur reçoivent, à chaque récupération de réformés, des maniaques auxquels l'angoisse d'être repris a donné un accès. Il est assez facile de se faire une idée sur eux, et d'avoir des renseignements au besoin. Mais, comme les maniaques raisonnent d'ordinaire correctement, et que l'excitation de leur cerveau donne parfois un tour assez vif à leur pensée, il faut bien s'attendre à ce qu'ils soient considérés comme des simulateurs ou comme des plaisantins indisciplinés. On ne compte plus ceux dont l'hospitalisation a commencé dans les locaux disciplinaires.

Le maniaque doit être traité ; n'en déplaise à ceux qui croient à l'existence de la psychose maniaque-dépressive, et qui admettent qu'aucun traitement n'a jamais pu ni empêcher, ni raccourcir un accès. La vraie thérapeutique est le bain prolongé, auquel on adjoindra des purgatifs et des calmants anodins (bromure, valériane). On ne se servira des calmants énergiques, comme l'hyoscine, cette « camisole de force chimique », que lorsqu'il s'agira de lutter contre une agitation désordonnée ou encore de faire voyager le malade.

VI. — ENCÉPHALITES AIGUES ET MÉNINGOENCÉPHALITES INFECTIEUSES

Les faits que nous groupons dans ce chapitre sont très disparates, mais en raison des difficultés ordinaires du diagnostic immédiat, il y a quelques avantages à les rapprocher.

§ 1er. — Encéphalites aiguës infectieuses.

L'encéphalite aiguë, caractérisée par de la céphalée, de la torpeur, un état confusionnel et quelques troubles inconstants et variables de la motricité générale, est une complication très rare, mais possible, de certaines infections. D'ordinaire les phénomènes sont bien moins accentués et se bornent à de la confusion délirante assez rapidement curable, et c'est ici l'histoire de tous les délires infectieux. Il suffit d'y songer pour éviter des erreurs, et l'existence préalable et concomitante d'une grande infection fait

le diagnostic. La question est plus délicate quand, au lieu d'être anatomiquement limitées à de la congestion de la corticalité cérébrale avec réactions cellulaires, les lésions tendent à l'inflammation purulente, à l'abcès.

En pathologie de guerre, l'*abcès du cerveau* est étroitement lié aux lésions cérébrales traumatiques et à la présence de corps étrangers intra-cérébraux. Il en sera question plus loin. Mais il peut avoir d'autres origines, dont la principale de beaucoup est l'origine *otique*. Cette redoutable complication, que les auristes connaissent bien, mais à laquelle les médecins ne pensent pas toujours, survient au cours de l'une de ces otites moyennes chroniques auxquelles les sujets se sont habitués depuis longtemps. Les otites aiguës ont comme complications cérébrales les phlébites des sinus et les méningites ; les otites chroniques, qui n'atteignent d'ordinaire le cerveau que par la carie lente du toit de la caisse, commencent par une colonisation microbienne silencieuse dans le lobe temporo-sphénoïdal ou le cervelet. Une vague céphalée en est le seul signe, puis un beau jour les accidents se précipitent ; un malaise général inexplicable, un ralentissement sensible du pouls, de la torpeur avec dépression et tendance à la stupeur, très rarement un peu de délire, en quelques jours à peine le malade glisse au coma.

Le *diagnostic* se fait par la notion de l'ancienne otite, la *douleur* spontanée et provoquée dans un côté de la tête, la photophobie, l'*inégalité pupillaire*, et parfois le signe majeur sur lequel Lannois et Jaboulay ont justement insisté, l'*hémianopsie*, indice que l'abcès occupe une situation très postérieure dans le lobe temporal, et indication précieuse pour l'intervention.

En effet, l'intérêt pratique qui s'attache à ces abcès du cerveau, quelle qu'en soit l'origine, et surtout à l'abcès d'origine otique, c'est leur guérison possible par l'intervention chirurgicale, alors que le malade abandonné à lui-même est voué à la mort.

Même dans les abcès infectieux dont l'origine n'est pas dans l'oreille, la symptomatologie locale peut être tout à fait éteinte, et les signes généraux eux-mêmes, la fièvre notamment, sans importance. *Le tableau clinique peut être uniquement celui d'un état mental.*

§ 2. — Encéphalites aiguës d'origine inconnue.

J'ai observé, en 1915 et au début de 1916, une dizaine de cas, à peu près superposables, et que j'ai signalés dans les travaux des centres neuropsychiatriques publiés par la *Revue neurologique*, sous le titre d'artérites et encéphalites « de fatigue ». Ce terme avait uniquement pour but d'attirer l'attention des médecins sur des cas de ce genre, en faisant la part de ce qui pouvait revenir au fait de guerre, et surtout au surmenage.

Ce qui dominait, c'était une *adynamie* extrême, que les malades rapportaient à des travaux pénibles accomplis récemment. C'étaient presque tous des territoriaux, de 40 ans à peu près. Mais ils avaient plus que de la fatigue et du surmenage. Amenés en état de torpeur cérébrale, ils avaient en outre, les uns et les autres, des phénomènes parétiques d'abord, *paralytiques* ensuite, qui chez plusieurs ont été *hémiplégiques*, tandis que chez d'autres ils étaient *paraplégiques* ou *quadriplégiques*. Ces phénomènes allèrent croissant, avec *obnubilation* intellectuelle chaque jour plus profonde, alimentation insuffisante, gâtisme, jusqu'à la mort. La ponction lombaire ne fut malheureusement faite que chez deux d'entre eux ; elle montra une lymphocytose moyenne dans un liquide clair, avec peut-être un peu plus d'albumine que normalement.

Chez plusieurs, l'agglutination typhique et paratyphique fut tentée, et toujours négative. Apyrexie, sauf un 38° de temps à autre, et dans la période terminale. Parésies et paralysies absolument flasques, avec réflexes diminués ou nuls. Pas de photophobie, ni de Kernig. Aucun signe méningé. Cœur faible, irrégulier. Signes de sénilité générale et artérielle précoce. Deux étaient d'anciens tuberculeux fibreux. Aucun signe digestif.

J'attribuais, faute d'explication meilleure, ces cas à des variétés anormales d'hémiplégie progressive et de ramollissement cérébral chez des gens surmenés, intoxiqués, et à système circulatoire antérieurement et profondément taré. Je me préparais à en chercher plus ample explication lorsque des cas nouveaux se présenteraient, mais depuis le début de 1916, je n'en ai pas revu un seul.

D'autre part il m'a semblé qu'il y avait quelque analogie entre eux et des observations telles que les suivantes :

Dumolard, Rebierre et Quellien ont publié en 1916 à la

Société de neurologie et dans le *Paris médical*, des remarques curieuses sur la variation des réflexes dans certains états asthéniques d'épuisement, en général sans modifications du liquide céphalo-rachidien, parfois aussi avec modifications, et chez certains avec évolution vers la démence.

Le 11 novembre 1916, Pierre Marie et Ch. Chatelin rapportaient à la Société de neurologie trois observations sous le titre suivant : « Note sur un syndrome de paralysie flasque plus ou moins généralisée avec abolition des réflexes. Hyperalbuminose massive et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, évoluant spontanément vers la guérison, et de nature indéterminée ». Guillain, Barré et Strohl avaient publié déjà des cas tout à fait analogues à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

A cette même Société, le 27 avril 1917, R. Cruchet, Moutier et Calmette rapportaient 40 cas, recueillis en neuf mois dans un centre psychiatrique d'armée, sous le titre d' « encéphalomyélite subaiguë ». Ils distinguaient notamment une forme *mentale* « dans laquelle la torpeur cérébrale, l'amnésie, la désorientation, les troubles pupillaires, le tremblement, la dysarthrie, même la paraphasie et les réactions du liquide céphalo-rachidien font songer tout d'abord soit à une paralysie générale, soit à une autre variété de démence ». Ils indiquaient en outre des formes *convulsive*, *choréique*, *méningitique*, *hémiplégique*, *ponto-cérébelleuse*, *bulbo-protubérantielle*, *ataxique aiguë*, *poliomyélitique antérieure*. Deux morts seulement, par état de mal et par phénomènes bulbaires, mais régression d'ordinaire excessivement lente.

Les relations possibles entre ces diverses publications sont évidentes. Il me semble, pour ma part, qu'il faut aussi les rapprocher de faits observés dans l'armée allemande et l'armée italienne, et décrits comme *polynévrite neurasthénique*. L'état asthénique extrême, qui a frappé tous les auteurs français, pourrait bien relever en effet d'un syndrome de Korsakoff un peu spécial. Au point de vue mental, ce que j'ai constaté était tout à fait la torpeur de la psychose polynévritique à la phase d'augment, avant que la régression découvre les reliquats amnésiques si particuliers et depuis longtemps décrits. Cette psychose polynévritique, si c'en est une — et la disposition quadriplégique que nous avons observée les uns et les autres le donne à penser — est bien une *neurocérébrite toxique*, pour employer le terme de Pierret, reproduit dans la thèse de Haury. On peut même se

demander si, dans l'espèce, elle ne serait pas *infectieuse*. Tous mes malades provenaient des armées, en un temps où les centres d'armée n'avaient pas reçu leur développement actuel. Mais s'agit-il d'une infection spécifique ? C'est bien moins probable, et je suis plus porté à croire le contraire.

En tous cas, voilà, selon toute vraisemblance, sinon une nouvelle maladie des armées, du moins un syndrome mental qu'il ne faut pas méconnaître, sous peine de priver ses victimes de la mention « contractée au front » qui en l'espèce me semble n'être que juste.

§ 3. — Méningo-encéphalites aiguës infectieuses diverses.

Le développement accordé plus haut à la confusion mentale nous dispense d'insister sur les diverses modalités des méningo-encéphalites aiguës, complications possibles de toute maladie infectieuse. On n'aura aucune difficulté à reconnaître et à traiter un délire confusionnel chez un blessé infecté, ou au cours d'une pneumonie, ou d'une grippe, ou d'une fièvre éruptive, dont les signes particuliers et en même temps les phénomènes généraux attireront l'attention.

L'essentiel est d'être prévenu, d'ausculter et d'examiner à fond tout délirant et de faire prendre sa température. On évitera ainsi de soumettre des pneumoniques à un trajet long et pénible, parfois avec des moyens de contention d'un autre âge.

Il est bien entendu que, chez tous ces infectés, le délire et la confusion mentale relèvent de l'infection générale et qu'on doit espérer qu'ils guériront avec elle. Il y a des cas plus délicats.

1. **Méningo-encéphalites aiguës d'origine otique.** — On a vu que l'otite chronique donne lieu d'ordinaire à une encéphalite abcédée et de marche torpide. Dans la règle, les complications cérébrales de l'otite aiguë sont au contraire tumultueuses. Mais il peut n'en être pas ainsi, et j'ai reçu dans mon service, avec indication d'internement d'urgence comme dément précoce, un homme en état de confusion mentale consécutive à une otite *aiguë* récente. Ici encore, il y aura lieu de recueillir un avis chirurgical et de songer à une intervention.

2. **Méningite cérébro-spinale épidémique.** — Il peut n'y avoir

aucun trouble mental dans la méningite cérébro-spinale épidémique ; d'ordinaire pourtant un léger degré de confusion mentale fait partie du tableau clinique. Cette confusion augmente pendant la nuit. Parfois il y a plus ; on a vu des délires violents, et même furieux, ayant des allures d'accès maniaque ou de délire aigu. Ou bien la confusion est si profonde qu'elle masque les phénomènes méningitiques. Le centre de psychiatrie de Lyon a vu arriver depuis deux ans une dizaine de malades, provenant des dépôts ou formations sanitaires de la place, ayant par conséquent un service médical régulier et des moyens rapides d'investigation, et qui n'étaient que des méningites cérébro-spinales. Pour tous, l'erreur était possible et tout à fait excusable.

Il faut connaître aussi les états de dépression et de confusion délirante à tendance de persécution qui marquent parfois le décours de la méningite cérébro-spinale, et peuvent même, exceptionnellement, constituer une séquelle durable. Autrefois, ils passaient pour fréquents et graves, et l'on s'attendait assez, pendant la maladie, à constater à la suite un déchet persistant de l'activité cérébrale. De même tout le monde savait la funeste réputation de la fièvre typhoïde à l'égard du cerveau. Aujourd'hui, le pronostic mental, très amélioré pour la fièvre typhoïde depuis la balnéation, s'est également très atténué pour la méningite cérébro-spinale. La sérothérapie et la meilleure organisation de la lutte contre l'infection en sont sans doute la cause.

Toutefois, les soins de détail, surtout pendant la convalescence, ont une grosse importance. Les services sanitaires britanniques, si heureusement organisés à cet égard, offrent au point de vue des séquelles mentales, des résultats beaucoup plus favorables que ceux auxquels on était habitué Le repos prolongé au grand air semble particulièrement efficace. Ces précautions sont nécessaires, et il y aurait peut-être lieu d'y attacher une importance toute spéciale. Les armées alliées vont être renforcées par des contingents d'un développement physique remarquable, mais qui paraissent d'une grande réceptivité, à en juger par l'importance des publications américaines, à l'égard de la poliomyélite infectieuse et de la méningite cérébro-spinale épidémique.

3. **Méningo-encéphalites typhiques et paratyphiques. Réactions consécutives à la vaccination.** — La confusion mentale légère fait partie du tableau clinique légitime de la fièvre typhoïde aussi bien que des affections paratyphiques. Il est exceptionnel que

les phénomènes mentaux deviennent prédominants, ceci, depuis que les traitements s'attaquent avec plus de succès à l'élément infectieux. Lorsqu'il y a une évolution de ce genre, elle se fait sous forme de stupeur confuse, bien plus souvent que de délire agité, et il s'agit surtout de prédisposés, comme on le voit notamment dans des observations intéressantes de P. Merklen. On notera que les paratyphoïdes peuvent produire de l'artérite cérébrale (Legroux) comme la fièvre typhoïde.

Mais le danger de la fièvre typhoïde au point de vue mental est moins dans la période d'état que dans les suites lointaines de la maladie. Il y a deux hypothèses possibles :

a. Les troubles mentaux, survenus pendant la maladie, ne cessent pas. Le malade passe insensiblement de la dothiénentérie à la confusion mentale subaiguë et chronique. Il a été en quelque sorte brûlé. C'est tout à fait exceptionnel.

b. Tout a bien guéri ; il persiste seulement un peu de torpeur intellectuelle et une diminution de la mémoire, peu marquées, qu'il faut chercher pour s'en rendre compte. Puis quelques semaines ou quelques mois après, dans une circonstance où le sujet doit faire preuve d'intelligence, d'initiative ou de volonté, il fait défaut tout à coup, un gros déficit intellectuel se révèle. On fait une enquête, et l'on apprend que, *depuis la fièvre typhoïde, il n'a pas été comme avant*. C'est surtout au point de vue médico-légal qu'il faut connaître ces faits. Il ne faut pas se presser de croire qu'une fièvre typhoïde — quelle que soit sa variété bactériologique — a été complètement guérie parce que le sujet, revenu de convalescence, a pu reprendre sa place au front.

Les *vaccinations antityphiques* ont donné lieu, dans quelques cas, exceptionnels eu égard au nombre des injections faites, à des accidents nerveux, d'allure névritique même ; elles ont paru plus souvent surexciter l'aptitude convulsive de comitiaux à crises rares, elles ont été suivies d'accès maniaques ou mélancoliques chez des périodiques (Mairet) et de divers phénomènes psychonévrosiques variables. Il semblerait que ces troubles aient, dans l'ensemble, une certaine ténacité.

4. **Infections et maladies épidémiques exotiques.** — Le *typhus exanthématique*, outre l'élément confusionnel habituel, paraît avoir été marqué, dans certaines épidémies récentes, par des formes délirantes et d'allure méningitique.

Les *dysenteries* agissent comme toutes les infections pendant

la phase aiguë, mais il est rare qu'elles aient des réactions psychiques importantes, elles laissent parfois après elles un état dépressif lié à la dénutrition.

Le *paludisme* est par contre une cause importante de confusion mentale liée aux accès, et que compliquent parfois des interprétations délirantes greffées sur des lésions névritiques. En tous cas, on saura que les impaludés peuvent, longtemps après avoir quitté le pays malarique, faire des bouffées de confusion mentale d'origine palustre. Il n'y a lieu de signaler que pour mémoire les accès pernicieux délirants. Mais Hesnard a attiré l'attention sur les psychoses palustres prolongées, qui ne sont que des confusions mentales entretenues à la fois par l'anémie, le mauvais état général, et les retours de paludisme.

La *fièvre récurrente* a manifesté, chez des indigènes algériens du service de Porot, des délires aigus et violents, avec fugues procursives, plus impressionnantes que les troubles psychiques. Un brusque tableau de délire aigu, chez un indigène pour lequel l'alcoolisme n'est pas en cause, doit faire penser à la fièvre récurrente.

5. **Tuberculose.** — Il faut rappeler d'un mot que la tuberculose méningée de l'adulte se dévoile assez fréquemment par un épisode délirant ou confus. Parfois, c'est un délire aigu classique, parfois aussi une torpeur curieuse, sans délire, qui s'établit en deux ou trois jours ; sans préparation le malade tombe dans un demi-coma, remuant sans cesse, sans agitation véritable, et manifestant par quelques plaintes indistinctes le mal de tête qu'il éprouve. La mort survient parfois avant que les signes classiques de la méningite aient eu le temps de se manifester.

6. **Syphilis.** — Il ne s'agit pas ici des accidents chroniques et tardifs de la syphilis cérébrale ou de la parasyphilis, mais des cas, rares mais non exceptionnels, où la poussée méningée de la période secondaire s'est traduite par un syndrome d'encéphalite. Ce sont des cas à connaître, d'autant qu'il paraît vraisemblable qu'ils laissent une certaine empreinte chez les prédisposés. Il semble bien, au demeurant, que les fatigues et les émotions de la guerre rendent plus fréquentes ces atteintes précoces du système nerveux central.

7. **Les encéphalites de rappel.** — Ce terme de rappel, que

l'on doit à Pierret, correspond à des cas où le processus morbide s'est développé sur une ancienne lésion, en apparence guérie depuis longtemps. J'ai vu notamment deux malades, atteints l'un et l'autre dans leur jeune âge d'encéphalite infantile, qui chez l'un avait laissé un pied bot que l'on avait opéré. Chez ce dernier malade apparut, vraisemblablement à la suite d'une infection légère, une bouffée confuse de peu de durée, à la suite de laquelle des crises épileptiques s'installèrent. Chez l'autre, ce fut simplement un accès confus, mais survenu sans autre cause que de la fatigue. Il semble qu'il n'y ait eu d'alcoolisme dans aucun de ces deux cas.

VII. — LES TROUBLES MENTAUX AIGUS ET L'ALCOOL

On pourra s'étonner de ne trouver, dans l'exposé de ces troubles mentaux aigus, aucun chapitre pour les psychoses émotionnelles, aucun pour les psychoses alcooliques. Une double réponse est facile : ni l'émotion, ni l'alcool, n'ont le monopole absolu d'une forme mentale, et d'autre part, lorsqu'il s'agit de ces troubles aigus de guerre, on peut dire qu'ils ont tous deux leur part dans presque tous les cas.

L'émotion ! Elle est entrée dans l'âme des plus braves depuis le premier jour. Elle ne quitte plus l'homme, bien qu'on se fasse à tout, et que l'habitude, non seulement compose un maintien, mais fournisse une certaine manière de penser. On ne se le dit pas, mais la hantise demeure. Et, quand l'armure morale a été posée, au cours de la brève permission si longtemps attendue, bien souvent, l'émotion est maîtresse pour une heure. Combien n'ai-je pas reçu déjà, dans le service, de permissionnaires rentrant au front et arrêtés à la gare, incapables de continuer leur route !

Certes, pour beaucoup c'est l'alcool qui a interrompu leur voyage, mais pas pour tous absolument, et parmi ceux qui avaient bu, combien avaient bu pour faire passer l'émotion, pour oublier !

Quand c'est l'émotion, la peur, qui détraque le cerveau, nous avons vu que c'est sous la forme banale de la confusion hallucinatoire, et que ce sont des nuances, et surtout les renseignements, qui distinguent cette confusion mentale de toutes les

autres, et notamment de celles que provoquent les infections, les intoxications, l'alcool.

Pour celui-ci, n'y a-t-il donc aucun moyen de reconnaître sa trace, de savoir sa responsabilité dans un trouble mental ? Les hallucinations visuelles, jointes à une certaine excitabilité coléreuse, ou bien des idées subites de persécution vindicative avec impulsions, la prédominance nette des troubles pendant la nuit, la congestion qui monte au visage par bouffées, l'œil mauvais et la moustache en broussaille, tout cela fait penser à l'alcool. Mais il est si souvent présent sans qu'on s'en doute ! Et il a tant fait pour plonger les hommes dans cet état second qui est une variété de la confusion mentale, et qui livre le sujet à toutes les impulsions automatiques ! Il a si souvent contribué à déprimer lentement les soldats, dans la tranchée, au lieu d'être seulement pour eux le viatique exceptionnel, grâce auquel on n'entend plus la mitrailleuse ennemie en partant pour l'assaut ! Il a tant corrodé d'estomacs, compromis de digestions, peuplé de rêves de sang le pauvre sommeil volé à l'anxiété perpétuelle ! Il a réduit les volontés, en leur substituant les réflexes. Il a compromis l'élasticité des systèmes circulatoires, en sorte que le jour où le coup de bélier commotionnel est venu, il a trouvé des vaisseaux inertes ou durcis, préparés pour les stases, les congestions et les œdèmes. Il a entretenu indéfiniment, chez ses victimes, les accidents qui chez d'autres sont brefs, de même qu'en diminuant la vitalité des tissus de l'organisme, il retarde la cicatrisation des plaies.

J'ai parlé de ces encéphalites imprévues que nous sommes plusieurs à avoir découvertes, et pour lesquelles nous soupçonnons un agent pathogène ignoré. Mais la clinique nous dit que certaines ressemblent à des artérites, et d'autres à la polynévrite de Korsakoff. En sorte que l'idée de l'alcool nocif, de l'alcool sournois, s'impose à nous, une fois de plus. J'ai indiqué cette excitation cérébrale, cette hypomanie, si fréquente parmi les services de l'armée et parmi les troupes au repos, partout où l'on peut boire à peu près autant que l'on veut.

On a beaucoup bu, on boit encore beaucoup. Dans l'intérieur, jamais on n'a tant bu, et jamais surtout, par l'alcoolisme de la femme qui va à l'atelier et par l'alcoolisme de l'enfant laissé à l'aventure, l'imprégnation n'a été aussi menaçante pour l'avenir. Mais au front aussi on boit beaucoup. Les mercantis pourchassés — quand ils le sont — se retrouvent légion par la cupidité

naturelle des populations. Et même à l'extrême front, s'il y a des secteurs absolument sobres, il y en a d'autres où des conceptions hygiéniques fausses ont laissé l'alcoolisme sans frein, par l'insouciance aveugle du commandement.

Un tiers des entrées de mon service dû au seul alcool, plus de la moitié, les deux tiers peut-être, si l'on compte ce qui est préparé par l'alcool. Des statistiques comme celle de Charon à Dury, comme celle du Val-de-Grâce, donnent la même impression, presque les mêmes chiffres. Et si, au lieu de « numérer » les observations on les « pèse », suivant le précepte antique, quelle charge terrible pour les empoisonneurs ! Combien de troubles qui n'eussent été qu'un malaise nerveux léger, et qui ne sont que tels chez un sujet abstinent.

L'homme, l'ensemble l'a bien montré, a des puissances illimitées d'adaptation et des ressources inconnues de patience et d'énergie. Chez nous, il a reproduit à l'infini des exemples de l'héroïsme le plus simple, le plus naturel, parce que le plus désintéressé et le plus pur. Mais c'est une raison de plus de sentir en soi monter la colère quand on pense à toutes les vies perdues, ici parce qu'une troupe trop alcoolisée n'a pas donné, en un instant décisif ce qu'elle eût donné, de sang-froid ; là parce que l'alcool, qui n'agit pas seulement sur le système nerveux, avait contribué à la fonte des effectifs. Colère contre ceux qui, responsables de la sécurité nationale, ont fermé les yeux au péril et, encore aujourd'hui, n'engagent la lutte que par des demi-mesures, et comme à regret. « Ah, Monsieur le Major, me disait l'un des premiers de mes malades, c'est il y a vingt ans que le gouvernement aurait dû interdire l'absinthe ! » Jamais on ne dira assez ce que l'alcool nous aura coûté, jamais on ne fera assez comprendre les résultats déplorables de cette mentalité artificielle, toxique, qui s'est établie par lui, et dont les psychoses aiguës ne sont qu'une variété.

« Au point de vue de la dégradation et de la folie, dit André Gilles, l'alcool absorbé pendant la paix avait fait à nos hommes plus de mal et avait plus ébranlé leur esprit que les tragiques horreurs de la guerre. »

CHAPITRE II

TROUBLES MENTAUX CHRONIQUES

Les troubles mentaux chroniques ont un intérêt bien différent de celui des troubles aigus. En premier lieu, ils sont, dans la majorité des cas, antérieurs à la guerre, et la question d'origine et de responsabilité de l'Etat, si délicate pour les troubles aigus, peut se trancher ici sans trop de peine. Puis le traitement laissant beaucoup moins d'espoir, et étant même parfois indifférent, les conditions d'hospitalisation et d'évacuation ont moins d'importance.

Certains de ces troubles chroniques ont cependant une valeur réelle au point de vue militaire, d'autant qu'ils ne s'imposent pas toujours à l'attention, et beaucoup soulèvent des problèmes de médecine légale et d'affectations bien plus complexes que les cas aigus.

I. — CONFUSION MENTALE CHRONIQUE

On ne saisit peut-être pas au premier abord la différence entre la confusion mentale chronique et les démences, dont il sera question plus loin. A vrai dire cette différence est insensible pour la démence précoce des jeunes sujets. Elle est beaucoup plus nette entre la confusion mentale chronique proprement dite et les démences, paralytique, artérielle ou vésanique.

La confusion mentale chronique est encore un état de souffrance organique. C'est la suite indéfiniment prolongée d'un cas aigu. La démence est plus uniquement mentale. Des exemples vont le montrer.

§ 1. — Confusion mentale chronique infectieuse, toxique, émotionnelle.

Le type est celui d'un confus aigu qui n'a pas guéri, d'un typhique, par exemple, qui n'a jamais retrouvé l'intégrité de son cerveau, et qui demeure, indifférent et absent, troublé et amnésique, inerte et stupide. Je choisis à dessein l'exemple de la fièvre typhoïde ; il faut une infection grave, ou bien une lourde prédisposition, pour qu'une confusion mentale passe à l'état chronique.

Ou bien, c'est un homme fatigué, blessé, anémié, qui a enduré des souffrances continues et des privations, et c'est le cas de tant de nos rapatriés d'Allemagne comme aliénés. A lire les observations, souvent très complètes, qui les accompagnent, on a l'impression que les charges morales ont une lourde part en pareilles circonstances, et que le dépaysement, l'éloignement et l'angoisse y sont pour beaucoup. Mais il y faut certainement ajouter la prédisposition. Ces gens manquent surtout de résistance, et quand une grave circonstance de guerre n'a pas réduit d'une manière légitime et considérable leur résistance physique, il faut admettre qu'ils étaient, depuis toujours ou tout au moins depuis longtemps, des cerveaux « invalides ».

Cette fragilité peut avoir été acquise. Beaucoup d'entre eux sont d'anciens alcooliques. Par l'alcool seul, du reste, on peut parvenir à un état particulier d'abrutissement, entretenu par le mauvais fonctionnement organique du tube digestif, du foie et des reins, qui n'est autre qu'un état de confusion mentale chronique. Des territoriaux, employés à l'arrière du front ou plus rarement dans les troupes combattantes, y ont entretenu et perfectionné de vieilles habitudes d'intempérance. Un jour vient où leur déficit cérébral s'impose et où on les évacue. On trouve alors devant soi des gens vieillis avant l'âge, ayant vingt ans de plus que leur état-civil, égarés, incapables dorénavant — et peut-être pour toujours, de se conduire dans la vie et de gagner leur subsistance. D'où un problème à la fois d'assistance et de sélection militaire, que nous retrouverons au chapitre des réformes. Le diagnostic clinique ne présente pas de difficultés extrêmes, sauf avec la paralysie générale et les démences organique et vésanique. C'est ici le lieu de se rappeler l'indication générale donnée par Chaslin et par tous ceux qui ont étudié de près la

confusion mentale : *les confus sont des malades*, même chroniques. Ils en ont l'apparence, et des signes légitimes (foie, reins, tube digestif, circulation). Les déments au contraire ont l'air de gens bien portants. Comme conséquence, même dans les états chroniques, le traitement de la confusion aiguë : alitement, désintoxication, repos, s'impose, au moins à titre d'épreuve. La confusion chronique, même après des mois, peut guérir. Dans les cas d'origine émotionnelle, le pronostic reste bon pendant fort longtemps. De même dans certaines confusions, suites de blessures avec infection prolongée et état général mauvais.

§ 2. — Confusion mentale chronique post-commotionnelle.

Mêmes considérations générales. Sans doute figure-t-elle aussi parmi les retours d'Allemagne, mais les renseignements manquent forcément sur l'origine des accidents. Lorsqu'il s'agit d'un commotionné qu'on a vu descendre dans la confusion mentale chronique, on ne perdra pas espoir trop tôt. Du reste, il est exceptionnel que les séquelles confusionnelles donnent une confusion *grave* persistante. Ce que l'on voit plutôt, c'est un état de torpeur et de souffrance, avec congestion cérébrale facile, qui rend le sujet inutilisable, au moins temporairement, au point de vue militaire, mais ne réclame nullement l'hospitalisation indéfinie. Ces cas qui traînent sont donc surtout des cas à liquider au point de vue militaire.

§ 3. — Confusion mentale chronique primitive. Démence précoce.

Bien que la démence des jeunes sujets, la *démence précoce*, soit une « démence », c'est-à-dire un affaiblissement global et définitif des facultés intellectuelles, il est légitime de la mentionner ici, parce qu'en fait elle se manifeste très souvent par des symptômes qui sont analogues, sinon identiques, à la confusion mentale chronique.

Les déments précoces ont été nombreux dans les services de l'intérieur, soit au moment de la mobilisation, quand l'expérience des premiers jours de dépôt a montré qu'ils étaient vraiment inaptes à faire campagne, soit à chaque appel de classes et à chaque récupération. Même lorsque leur aspect extérieur attire

l'attention, il peut tenir à des raisons passagères d'ordre physique, ou encore être exagéré ou simulé, et il est naturel que les médecins experts des conseils de révision et de réforme n'aient pas le loisir et l'expérience nécessaires pour examiner à fond ces sujets et les arrêter au passage.

Il est surtout regrettable que par le jeu des contre-visites que la loi Dalbiez a organisées pour les réformes, on soit à peu près sûr de voir récupérer les déments précoces, les commissions ne paraissant pas suffisamment renseignées sur les motifs de la première réforme. Le problème, commun à beaucoup de cas mentaux, se pose souvent pour les déments précoces, sujets jeunes, appartenant à des classes qui doivent normalement fournir un large contingent au service armé.

Il se pose surtout parce que la démence précoce est une maladie essentiellement trompeuse, entrecoupée, même dans ses formes graves, de *rémissions* qui peuvent faire très légitimement illusion.

Deux cas, entre autres, peuvent se présenter, dans la démence précoce confirmée. Le premier, qui est celui de la démence précoce avec *stupeur* et *catatonie*, ne se voit guère aux armées. Il n'y est guère possible que s'il y a eu, précisément, une rémission sensible, à la faveur de laquelle le sujet a pu être incorporé et envoyé au front. Le tableau clinique de cette forme est bien connu : indifférence émotionnelle extrême, inertie motrice, cyanose relative des extrémités, attitude permanente, soit courbée, soit plus rarement illogique, mutisme, négativisme. On peut seulement se demander s'il existe des idées délirantes de nature mélancolique et s'il ne peut être question de phénomènes aigus. On se demande aussi s'il n'y a pas de simulation, mais la question ne fait pas de difficulté pour qui a quelque expérience de la psychiatrie. On peut simuler l'inertie et l'indifférence, on ne simule pas cet état particulier et complexe. On évacue ces malades sur un hôpital et l'observation précise le diagnostic.

La deuxième variété est plus troublante : elle correspond au dément précoce, parfois moins avancé dans la maladie, et en tous cas susceptible de faire illusion plus longtemps. C'est celui qui a simplement des lacunes du sens critique et des idées délirantes rapides, incohérentes, et non systématisées ; c'est un malade dont l'apparence extérieure est normale. Bonhomme et Nordman en ont signalé, qui avaient été l'objet d'un internement antérieur, et auxquels des rémissions importantes avaient

valu leur maintien dans l'armée. Haury, qui a beaucoup fait pour attirer l'attention sur cette catégorie de sujets dangereux, a publié l'observation d'un dément précoce déjà avancé, engagé volontaire, avant la guerre il est vrai. Mais il y en a eu bien d'autres depuis la guerre. Un dépôt de Lyon, qui reçoit beaucoup d'engagés, m'a envoyé à plusieurs reprises des hommes qui avaient paru bizarres pendant leur instruction militaire, et qui n'étaient que des déments précoces méconnus. Sur quels signes peut-on soupçonner la maladie ? D'abord sur des fautes militaires répétées, qui ne s'expliquent pas. C'est un homme qui reste couché le matin après le réveil, et refuse de se lever, prétendant qu'il a le droit de se lever quand il veut. C'est un autre qui arrive systématiquement en retard, ou persiste malgré des punitions sévères, à porter une tenue incorrecte. C'est souvent un homme qui s'isole de ses camarades — et un beau jour, se met à ne plus manger, et accuse des idées d'empoisonnement, sans avoir jusque-là donné l'apparence d'un mélancolique. C'est, en même temps que tous ces délits et tous ces actes illogiques, des moments curieux d'*absence*, pendant lesquels il est visible que le malade n'entend pas ce qu'on lui dit : C'est aussi, plus que tout cela peut-être, des *rires explosifs et subits*, survenant sans raison, et après lesquels le sujet reste justement silencieux et comme distrait. En même temps une indifférence affective totale. Si l'homme est au front, il négligera complètement de donner de ses nouvelles à ses parents qui s'inquiètent.

A cette période de début fait suite un incident quelconque, qui révèle brusquement les idées délirantes. C'est une fugue — ou bien l'homme vient trouver un de ses chefs, et lui reproche sur un ton agressif d'être venu l'injurier la nuit d'avant — un autre est hanté par l'idée de bêtes qui lui courent sur le corps et qu'il ne peut — pour cause — réussir à atteindre. Ces délires sont brusques, absolument incohérents et absurdes — souvent ils n'ont pas de durée, une idée chassant l'autre.

Aucun traitement, évacuer au plus tôt. Ces fous sont d'emblée parmi les plus dangereux.

II. — DÉBILITÉ MENTALE

Les déments précoces ont été intelligents, certains mêmes très intelligents. Les débiles mentaux, au contraire, ont un état constitutionnel, qui ne s'est pas modifié. Ils sont ce qu'ils ont toujours été. Seulement le plus souvent on ne s'était pas aperçu qu'ils fussent si incapables, parce qu'ils faisaient un travail facile, toujours le même, sans imprévu et ne réclamant pas d'initiative. Il y a tous les degrés dans la débilité mentale, mais c'est toujours un excellent moyen de la reconnaître que de comparer ce que peut faire le sujet dans une occupation dont il a la routine, avec ce qu'il fait de son initiative propre ou dans un travail nouveau pour lui. Au régiment, même en temps de paix, Haury l'a bien montré dans son livre si suggestif sur *les Anormaux et les malades mentaux au régiment*, le débile est toujours en retard, incapable de se tirer d'affaire, lent et empêtré, inapte à comprendre ce qui nécessite une acquisition, et à plus forte raison un effort intellectuel. Tel ne saura jamais les règles du tir, tel autre manquera toujours un mouvement à l'exercice, tel autre ne se rappellera jamais les rites, pourtant élémentaires, de la vie de caserne.

En temps de paix, les choses se passaient en général ainsi : le débile se faisait menacer, puis punir. Dès l'instant où la discipline exerçait sur lui ses sanctions, la peur venait paralyser les pauvres moyens qui lui restaient — et suivant les chefs et les médecins, cela aboutissait à la réforme ou au conseil de guerre.

Depuis la guerre, on a dû se montrer moins exigeant. Certains médecins, chefs de service de régiments, vraiment conscients de leurs devoirs et en même temps de l'intérêt général, ont éliminé systématiquement les débiles avancés, soit au dépôt, soit à l'arrivée au front. Mais on en a encore trop gardé, au moins dans les troupes de l'avant. Le débile en effet est émotif au moins autant qu'il est bête. L'indigence de ses facultés intellectuelles, de sa volonté notamment, le livre sans défense à toutes ses propres réactions, qu'il laisse échapper sans frein. Aucun respect humain ne l'arrêtera dans la panique, et si l'on joint à cela qu'il est crédule et suggestible au plus haut point, et qu'il est voué, dans son escouade, à être le jouet des mauvais plaisants, on se figure ce que peut être sa vie aux armées et les conséquences que sa pré-

sence y peut avoir. Il ne pourrait se rencontrer, en tous cas, plus mauvaise sentinelle.

Quand le médecin n'est pas spécialement méfiant, ou quand le chef de corps veut à tout prix utiliser tout le monde, on attend, jusqu'à l'incident révélateur. On attend d'autant plus facilement qu'il y a en somme beaucoup de débiles, que la vie du front est parfois très monotone et très simple, et que le débile, d'ordinaire bienveillant et docile, fait souvent illusion. Puis, un jour où l'on n'a pas le choix des hommes, on confie une mission ou une tâche délicate au débile. Il s'en acquitte si mal qu'il faut une sanction. Et c'est ainsi qu'on évacue, ou que l'on dirige sur le conseil de guerre. Très souvent le rapport du commandement accuse la mauvaise volonté de l'homme ou une défaillance inexplicable. Il n'avait, jusque-là, ont dit les gradés, donné lieu à aucune remarque. On savait bien qu'il n'était pas très dégourdi, mais de là à faire ce qu'il a fait... L'enquête de gendarmerie démontre qu'il travaillait avant la guerre, régulièrement, donc qu'il n'a pas de trouble mental. Si elle est faite avec soin, on apprendra qu'il avait un salaire infime, et faisait une besogne toute simple. Si l'on interrogeait ses maîtres d'école, on saurait qu'il n'a jamais rien pu retenir, et enfin on pourrait connaître par ses parents tel détail caractéristique, comme le fait qu'il a uriné au lit jusqu'à l'adolescence.

Ou bien c'est l'ébauche d'une idée délirante qui met fin à la carrière militaire du débile. Un beau jour, il vient trouver son capitaine, ou son chef de bataillon, et il lui donne des conseils. Il se sent des aptitudes de commandement, il croit même parfois qu'il va recevoir des distinctions ou des grades. Il n'est pas très rare d'observer chez les débiles une *mégalomanie* niaise de cet ordre, sans délire constitué, car le cerveau du sujet est trop pauvre pour faire un délire. J'ai eu dans mon service un homme qui savait bien qu'il était toujours soldat de 2ᵉ classe, et qui, sans hallucination, sans interprétation délirante sensible, était, depuis quelque temps, intimement persuadé qu'il serait appelé à un grand commandement. Impossible d'abord de savoir sur quoi reposait cette conviction, puis on finit par apprendre qu'avant la guerre il lui était arrivé d'être employé dans la figuration du théâtre de sa petite ville de province, et qu'il avait parfois représenté des nobles et des guerriers. A trente ans passés, ce général en expectative répandait, pour cause d'incontinence persistante, une odeur urineuse des plus prononcées.

Enfin c'est souvent aussi, sans qu'il y ait eu occasion dépassant les capacités du sujet, un *délit*, dont le plus ordinaire est la fugue. Le point de départ peut en être une erreur stupide, ou encore la crédulité du débile.

Je n'ai parlé jusqu'ici que du débile doux et tranquille. Il y a des débiles pervers et mauvais, dont le caractère tient surtout à la difficulté qu'ils ont à réfréner leurs instincts. Ils relèvent de la médecine légale.

Nous verrons aussi plus loin que si, d'une manière absolue, il faut écarter de la ligne de feu les débiles caractérisés, beaucoup d'entre eux, et en tous cas les petits débiles, sont utilisables dans certains emplois d'auxiliaires à l'intérieur.

III. — DÉLIRES CHRONIQUES DE PERSÉCUTION

Il ne sera pas nécessaire d'insister beaucoup sur les délires chroniques de persécution, dont la nature est évidente dès que le délire est constitué, et dont le diagnostic, au contraire, est très délicat à la période prémonitoire, et nécessite un avis autorisé. Mais dans cette première période, c'est surtout à un état dépressif que l'on a affaire, les hallucinations et les idées délirantes ne viennent qu'après.

En fait, les délirants chroniques que l'on voit le plus, aux armées ou dans les centres de l'intérieur, appartiennent aux catégories suivantes :

Dégénérés à délire polymorphe, en général délire mystique ou prophétique. Cela se voit assez souvent chez des individus intelligents, mais fragiles, très impressionnables, et qui ont été fortement suggestionnés par une émotion ou une suite d'émotions. Des hommes, des officiers faits prisonniers ont eu des réactions délirantes de ce genre.

Débiles mentaux, à bouffées confusionnelles extrêmement pauvres d'imagination et de détails, et à fonds de mégalomanie. Les réformateurs de la guerre, les inventeurs, les gens à factum, appartiennent, suivant leur instruction et leur degré intellectuel, à l'une ou à l'autre de ces deux variétés. Je crains que le département ministériel consacré aux inventions intéressant la défense nationale n'ait, dans ses archives, de très nombreux exemples de chacune d'elles.

Persécutés peu dégénérés originellement, mais *alcoolisés*,

peut-être influencés aussi par les événements, avec délire plus ou moins *systématisé*, assez souvent sous la forme d'idées de jalousie.

Déments précoces à délire incohérent et réactions brutales.

Délire de persécution par interprétations délirantes, avec sa variante, le délire de revendication, souvent greffé sur une blessure ou une maladie.

Toutes les formes précédentes, et d'autres encore qui semblent plus rares, sont chroniques. Il n'y a donc lieu, lorsque le délire est constant, que de diriger le sujet sur un centre où une décision sera prise à son égard. On remarquera que beaucoup de ces délires, même chroniques, sont récents, car s'ils étaient anciens, ils auraient donné lieu dans la vie civile à l'internement, ou tout au moins à un traitement qui eût sans doute empêché l'utilisation du malade dans l'armée. Cependant, il faut tenir compte des points suivants :

Les récupérations de réformés ont introduit dans l'armée beaucoup de persécutés, dont l'état, calme habituellement, permettait la vie en liberté.

Le persécuté ne se croyant pas malade, n'accuse pas d'état pathologique dans les conseils de révision ou de réforme, ou à l'incorporation.

Le fait qu'il y a des idées de persécution ne signifie pas nécessairement délire chronique, comme on l'a cru trop longtemps. On a trouvé plus haut mention des délires aigus de persécution à point de départ dépressif et anxieux.

Presque tous les persécutés chroniques ont un fonds important de débilité mentale, surtout ceux qui ont des idées de grandeur. La mégalomanie est fonction de la débilité mentale primitive ou de l'affaiblissement acquis. Les persécutés de guerre sont, d'ordinaire, ou des anxieux humbles, ou des débiles arrogants.

IV — PARALYSIE GÉNÉRALE

La paralysie générale est moins rare dans l'armée qu'on ne pourrait le croire, et il faut d'autant plus avoir l'attention attirée sur elle que ses manifestations, à cette période de début, revêtent souvent un caractère délictueux (période médico-légale de la paralysie générale).

La guerre, entre autres acquisitions psychiatriques, aura confirmé que la paralysie générale a commencé chez beaucoup de malades fort longtemps avant le premier jour où l'on s'en aperçoit. Les nombreuses enquêtes qui ont dû être faites pour déterminer l'origine d'un état démentiel en vue de réforme font apercevoir de temps à autre, parmi beaucoup de renseignements négatifs, l'indice d'un trouble profond. Cette considération est nécessaire, car elle explique pourquoi le début de la guerre a fait éclore une quantité appréciable de paralysies générales jusque-là ignorées. Elle explique aussi l'influence accélératrice très nette des circonstances de guerre, et justifie par là une conception libérale à l'égard des paralytiques généraux et de leurs familles en ce qui concerne la réforme et les pensions.

Le début apparent. — La majorité des paralytiques ne se rend compte à aucun moment de sa déchéance, mais il y a une minorité qui s'en aperçoit, au moins pendant quelques courts instants, et c'est toujours à la période de début. Aussi y a-t-il quelques paralytiques généraux qui se présentent d'eux-mêmes à la visite. A vrai dire, ils se plaignent surtout de malaise vague, de fatigue, d'insomnie, de dyspepsie, parfois de maux de tête. Seuls quelques sujets professionnellement habitués à la réflexion ou obligés, dans leurs fonctions militaires, à un effort intellectuel, précisent qu'ils se sentent inhabiles à cet effort, qu'ils s'y épuisent sans résultat, ou s'aperçoivent d'oublis curieux ou d'erreurs. A la guerre l'inattention n'est pas possible ; le devoir du médecin, en présence de semblables faits, est de prescrire le repos et une observation. Souvent à ce moment il n'y a aucun signe physique qui permette d'orienter le diagnostic. Il n'y a donc pas de différence absolue entre certaines fatigues simples et certaines paralysies générales au début.

Pourtant, le plus souvent, on s'aperçoit que la fatigue intellectuelle alléguée par le malade s'est produite sans surmenage réel, qu'elle est disproportionnée à l'effort, que l'intéressé est plus impressionnable, plus irritable, et il n'est pas rare, si on le connaît depuis quelque temps déjà, de trouver dans sa physionomie *quelque chose de changé*. Ce sont des impressions délicates, parfois fugitives, que quelques jours de repos feront disparaître pour un certain temps encore, mais qui ne trompent guère le médecin expérimenté.

Ces mêmes impressions se retrouvent quand ce n'est pas le

malade qui est venu de lui-même au médecin. Elles sont alors plus nettes, parce que la maladie est plus avancée, c'est un incident qui a attiré l'attention de l'entourage. A ce moment, la forme des troubles est très variable. Parfois c'est de la diminution intellectuelle, qui frappe notamment s'il s'agit d'un chef, avec des troubles de mémoire qui étonnent ; c'est le même ordre donné plusieurs fois dans la journée, ou des ordres contradictoires, ou l'oubli de l'un des actes réguliers et quotidiens de la vie militaire, ou encore une impuissance subite à prendre une décision, une sorte d'annihilation de la volonté. C'est souvent aussi des troubles du caractère, soit de l'irritabilité impulsive, soit simplement une sorte de défiance irraisonnée chez quelqu'un de nature ouverte et normalement expansive.

C'est plus rarement de l'excitation cérébrale avec ses conséquences, activité désordonnée, insomnie, tendance au délire avec euphorie et satisfaction. Ce sont là des formes très rapides en général, et qui ne se voient guère qu'à la suite de circonstances particulières, surmenage physique et moral, qui ont brusquement épuisé la résistance du sujet. Ces formes avec excitation se voient aussi à l'intérieur, à la suite d'épisodes d'alcoolisme. On sait que ces épisodes ont eux-mêmes quelque chose de pathologique, et traduisent l'excitation cérébrale. De même, chez certains sujets, l'exaltation porte sur les fonctions sexuelles.

C'est à l'excitation cérébrale déjà démentielle qu'il faut rapporter les *excentricités*, l'acte imprévu et sans motif par lequel, au fond, se révèlent la plupart des paralytiques généraux. C'est un détail de tenue ou d'équipement, c'est une niche stupide faite à un camarade, avec un entêtement singulier à la renouveler. Un homme s'était mis à enlever tous les clous de ses souliers. On s'en aperçoit — reproches, punition. Il recommence plusieurs fois de suite. Ce qui frappe aussi, c'est que les paralytiques généraux ne sont plus des enfants. Ils ont en général la quarantaine, et les excentricités ou les plaisanteries de mauvais goût ne sont ni de leur âge, ni le plus souvent de leur caractère antérieur.

Il n'est pas rare que l'excentricité soit liée directement à l'excitation cérébrale, et au lieu d'être un acte insignifiant, mais illogique, témoigne déjà de l'état du cerveau. Un gendarme, retour du front depuis quelque temps, et n'ayant jusque-là donné lieu à aucune appréciation fâcheuse, fait la tournée de conseil de révision. Le voisinage des autorités, les bons repas arrosés convenablement déclanchent l'excitation. Dans les suspensions de

séance il se met à haranguer les populations, donne aux villageoises des conseils sur les soins à donner aux enfants, pérore sur la dépopulation. Une remontrance ne fait que développer le scandale. On me l'envoie d'urgence. On apprend qu'il est marié et qu'il a des enfants, mais il l'a complètement oublié. Jusqu'aux jours précédents on reconstitue sa vie et la manière dont il a fait son service, et l'on ne trouve rien d'anormal. Or il n'est pas douteux que chez lui les troubles étaient déjà assez avancés.

Les délits. — Il est facile de comprendre dans ces conditions que la maladie puisse aussi bien être révélée par un acte nettement délictueux. Cela se voit dans la vie civile, où les occasions de faute sont singulièrement moins nombreuses que dans la vie militaire, et où il y a bien plus de chances qu'elles passent inaperçues. Les principales infractions des paralytiques sont la *fugue*, et le *vol*. Toutes deux retrouveront leur place au chapitre Médecine légale. Il faut remarquer simplement ici que tous ces délits ont un caractère commun : leur maladresse. Ils portent le cachet démentiel.

Sans aller jusqu'au délit, qui traduit l'automatisme cérébral et l'absence de contrôle de l'intelligence et de la volonté, il y a des cas où le sujet manifeste une exagération de ses actes réflexes qui est de même nature. Par exemple un paralytique général tabétique, vu par Logre, et qui, à la suite il est vrai d'un épisode commotionnel, était pris, chaque fois qu'il entendait siffler un obus, d'un désarroi psychique et physique intense, avec sueurs, agitation affolée et incontinence d'urine. Celle-ci, qui pouvait sembler purement émotionnelle, était due en réalité à des troubles sphinctériens tabétiques.

Signes physiques. — A cette première période, les troubles mentaux profonds, qui rendent facile le diagnostic de la paralysie générale confirmée, se réduisent donc à des *lacunes*, avec excitation cérébrale possible, troubles du caractère, tendance à la mégalomanie ou plus exactement à l'euphorie satisfaite. C'en est assez pour mériter la réflexion et des appréhensions, non pour faire un diagnostic. Aussi faut-il être à l'affût des signes physiques, dont l'existence donnera une grosse valeur aux constatations psychologiques.

Dès ce moment, il n'est pas rare qu'il existe un certain trouble dans la tonicité musculaire, particulièrement marqué à la face,

où la moindre irrégularité dans le tonus de cette musculature compliquée change la physionomie. Souvent, les traits paraissent *tombants*, ou, en faisant faire au malade une grimace, on découvre une dissociation de la mimique. Plus rarement, on peut déjà saisir quelques *secousses* légères dans les muscles de la face, les orbiculaires notamment. Ce sont des secousses fasciculaires, larges et brèves, sortes d'ondes courant le long du muscle. En général, les pupilles sont déjà paresseuses, avec signe d'Argyll-Robertson, ou bien au contraire elles ont des réactions excessives et oscillantes ; l'inégalité est d'ordinaire un phénomène plus tardif. Le *tremblement de la langue* est à cette période un tremblement vermiculaire sans mouvements en masse. Mais il y a aussi un tremblement fin des mains, *et surtout du corps tout entier*, fin et rapide, que l'on perçoit très nettement en posant les mains sur les épaules du sujet, placé debout, devant soi. Ce tremblement a une valeur clinique importante dans les cas douteux. De même, l'auscultation du cœur révèle souvent une *prolongation nette du premier bruit*, à caractère un peu bondissant, qui traduit l'éréthisme circulatoire. Le *liquide céphalo-rachidien* présente de la lymphocytose avec albuminose.

Les *réflexes rotuliens* sont augmentés le plus souvent. Enfin on surveillera la *parole* de manière à percevoir les achoppements caractéristiques qui se produisent quelquefois dès ce moment, au moins à intervalles espacés.

L'*écriture* — par les oublis de mots ou de lettres, et les fautes d'orthographe non en rapport avec l'instruction du sujet — traduit le trouble mental. Le caractère tremblé correspond aux troubles musculaires. Parfois des majuscules désordonnées sont la signature de l'état mégalomaniaque commençant.

Formes et évolution. — Il existe donc tout un ensemble de signes cliniques qui le plus souvent permettent une conviction, dès l'instant où la pensée de la paralysie générale s'est présentée à l'esprit du médecin. Mais un de leurs caractères est d'être inconstants et légers ; il n'y a donc pas lieu de s'étonner de ce que beaucoup d'erreurs soient commises. Du reste, on se souvient que, lorsqu'il y a eu antérieurement un épisode commotionnel, certains des signes physiques, et parmi les plus précis, comme la lymphocytose rachidienne, perdent beaucoup de leur valeur.

Parfois encore, c'est un *ictus* qui a ouvert la scène. On devra

le distinguer d'une crise épileptique, s'il s'est accompagné de convulsions, ou d'une attaque d'apoplexie ordinaire, s'il a été hémiplégique. On se souviendra que les ictus dont le malade sort rapidement, ne conservant pas de paralysie, ont toute chance d'être des accidents de paralysie générale.

L'évolution ultérieure peut être très lente, comme chez beaucoup de paralytiques d'avant-guerre. *Mais il semble bien que, dans l'ensemble, nos paralytiques évoluent beaucoup plus vite, surtout ceux qui proviennent des armées*. Cette constatation, faite par Charon à Dury dès les derniers mois de 1914, correspond tout à fait à ce que j'ai observé. Elle s'applique assurément surtout aux formes avec excitation, mais même à celles qui ont commencé par une sorte d'état neurasthénique et dépressif. Noûs verrons, au chapitre des réformes, les conclusions pratiques à en tirer.

Quant aux signes de la paralysie générale confirmée, il est inutile de s'y arrêter. Quand le hasard laisse un de ces malades dans l'armée, c'est qu'il a été privé d'un examen médical, qui remettra vite les choses au point par la réforme ou l'internement.

Traitement. — Le traitement hygiénique simple, décongestionnant, avec antisepsie intestinale et repos complet, est toujours ce qu'il y a de plus prudent pour ralentir la marche des accidents.

Mais une grave question se pose, celle du *traitement spécifique*. Certaines considérations paraissent au premier abord décisives : le pronostic de la paralysie générale étant fatal, on ne risque rien à essayer ; la nature syphilitique de la paralysie générale est attestée par une réaction de Wassermann positive dans 80 0/0 des cas dans le liquide céphalo-rachidien et par la présence du tréponème dans le cerveau de paralytiques ; il est possible qu'un traitement énergique et précoce soit couronné de succès.

En réponse, il faut noter que les injections mercurielles ont fait aujourd'hui leurs preuves d'inefficacité thérapeutique, et parfois même de dangers — que les arsénobenzols ont paru nettement plus dangereux et tout aussi inefficaces, à l'exception toutefois de la méthode des injections intra-rachidiennes de sérum salvarsanisé, de Swift et Ellis, dont nous n'avons pas l'expérience en France, mais qui a donné au moins des espérances aux neurologistes américains. Le résultat est donc hypothétique et périlleux, dans l'hypothèse la plus favorable.

Mais il y a plus : je viens de dire que nous sommes plusieurs à noter que la paralysie générale de ces dernières années a une évolution *plus rapide* qu'auparavant. Si nous dépouillons nos observations, nous trouvons parmi ces cas accélérés des gens qui, depuis l'introduction des arsénobenzols dans la thérapeutique, ont fait soigner par eux une syphilis déjà ancienne. N'y a-t-il pas eu là une erreur ? En d'autres termes, plus on s'éloigne de l'accident primitif, moins le traitement par les arsénobenzols est inoffensif et moins aussi il paraît efficace. Gaucher a insisté à plusieurs reprises sur les dangers qu'il comportait ; j'ai signalé moi-même, dans une communication à l'Académie de médecine, les réserves qui me semblaient nécessaires.

Ces réserves, qui s'appliqueraient légitimement à un cas quelconque de paralysie générale, sont beaucoup plus graves quand il s'agit de sujets tombés malades aux armées et ayant pu subir, non seulement une commotion cérébrale à un jour déterminé, mais aussi des ébranlements commotionnels moyens et longtemps répétés. On ne saurait assez le redire : rien n'est plus difficile que de distinguer de la paralysie générale certains cas de syndrome commotionnel. Or pour ceux-ci, la question thérapeutique est nette : le pire danger est un traitement congestif, comme les arsénobenzols le réalisent, avec la neurotoxicité en plus. Donc, pour cette catégorie de malades, qui sont curables s'ils ne sont que commotionnés et si l'on ne fait pas de traitement intempestif, interdiction absolue de tout traitement spécifique, mercuriel ou arsenical, malgré une lymphocytose rachidienne avec albuminose, malgré un Wassermann positif.

Pour les autres paralytiques, quand il n'y a pas coexistence évidente de lésions de syphilis cérébrale, c'est affaire d'espèce et de circonstances. Je crois préférable de s'abstenir.

V. — DÉMENCES ARTÉRIELLES ET ORGANIQUES DIVERSES

Nous ne devons pas nous arrêté aux démences artérielles ou organiques diverses, reliquats mentaux de l'alcoolisme ou de la syphilis avec lésions vasculaires, accidents d'irrigation cérébrale insuffisante, aux démences par lacunes, ou à celles de nature vésanique. Elles ne se voient guère qu'à l'intérieur, quand, par exemple, on appelle une classe déjà ancienne d'auxiliaires. Elles

n'intéressent l'armée que par la solution à faire intervenir d'urgence, et à ce titre nous les retrouverons plus loin. A mentionner simplement que leur évolution chronique peut être traversée d'épisodes aigus, de confusion mentale surajoutée, tenant par exemple à un déficit transitoire du fonctionnement rénal. Il ne faudrait donc pas attribuer aux circonstances occasionnelles qui ont produit cet épisode l'ensemble du déficit psychique qui persiste après.

CHAPITRE III

CAS SPÉCIAUX

Ce chapitre correspond à divers cas, pour lesquels les troubles mentaux ne sont qu'une partie du tableau clinique, dominé par des phénomènes d'ordre neurologique plus importants, ou bien au contraire soulèvent des problèmes de médecine légale et d'utilisation militaire, qui conduisent aux applications pratiques dont il sera question plus loin.

I. — LÉSIONS CÉRÉBRALES TRAUMATIQUES

Nous laisserons ici de côté, d'une part tous les phénomènes d'ordre neurologique pur : moteurs, sensitifs, réflexes et vaso-moteurs, qui dépendent des lésions cérébrales traumatiques, et d'autre part tous les phénomènes d'inhibition ou de déficit mental immédiats, coma, torpeur post-traumatique, etc. Il ne sera question que des troubles mentaux persistants, durables, des blessés du crâne.

Une foule de travaux leur ont été consacrés ; une mise au point des résultats a été réalisée notamment par la réunion exceptionnelle de la Société de Neurologie de Paris, du 6 avril 1916, à laquelle il faudra se reporter pour tout travail sur ce sujet (*Revue neurologique*, avril-mai 1916) et par la réunion des Sociétés de Chirurgie et de Neurologie du 24 mai 1916 (*Revue neurologique*, juin 1916).

Pour se faire une idée nette des troubles mentaux des blessés du crâne, il convient de se rappeler qu'outre les lésions directes, de déficit matériel, causées par le passage du projectile ou des fragments osseux, il y a, avec une extrême fréquence, des lésions infectieuses, au moins minimes. Il faut surtout se rendre compte du fait suivant : toute plaie pénétrante par projectile de guerre,

même tout traumatisme non pénétrant mais violent, exercé en un point du crâne, diffuse son action sur toute l'étendue de la masse encéphalique.

Le crâne est une cavité close, exactement remplie par un liquide, et à parois pratiquement inextensibles. Donc tout choc qui l'atteint provoque des phénomènes de commotion. *D'où l'analogie extrême, pour ne pas dire l'identité, entre les séquelles tardives des trépanations et le syndrome commotionnel* que nous avons décrit précédemment.

Les blessés du crâne ont donc des troubles de localisation en rapport avec leur lésion, des troubles subjectifs, en rapport à la fois avec la lésion initiale, les complications infectieuses et l'élément commotionnel, et des troubles mentaux plus ou moins conscients, qui paraissent dus au moins autant à l'élément commotionnel qu'à l'élément infectieux.

Il n'y a pas de lésion qui, pour des raisons anatomophysiologiques pures, donne lieu à des troubles mentaux isolés, sans participation de troubles moteurs ou sensitifs. Bien plus, il y a des cas, dont le nombre commence à être imposant, de lésion matérielle des plus graves (perforation des deux hémisphères par une balle, destructions partielles d'un lobe par un éclat d'obus) sans aucun trouble mental persistant. Comme conséquence, le caractère et l'intensité des troubles mentaux paraît indépendant de toute localisation. Il y a longtemps, du reste, que la « sphère psychique » des anciennes tentatives anatomocliniques a été étendue à l'ensemble du cortex.

Il semble, par contre, qu'il y ait souvent un certain rapport entre l'intensité des troubles subjectifs accusés par les trépanés et le trouble mental lui-même, soit que les uns et les autres dépendent de la même cause, en l'espèce des troubles persistants de la circulation cérébrale, soit aussi que les troubles subjectifs, qui sont pénibles, exercent une action déprimante sur l'activité mentale du sujet.

Les *troubles subjectifs* principaux sont les suivants :

La *céphalée* est le plus ordinaire et le plus constant. Les blessés la décrivent en général comme une pesanteur, jamais complètement disparue, mais soulagée cependant à certaines heures, avec prédominance assez fréquente dans la région frontale et orbitaire, et ayant pour caractère principal d'être nettement exagérée et coupée d'élancements dans un certain nombre de circonstances : quand le blessé se baisse, quand il fait un mouve-

ment brusque, quand il fait un effort physique ou un exercice d'attention. Ainsi un éternuement, la toux, la descente rapide d'une pente, les talons frappant le sol, ainsi tous les bruits, notamment les bruits subits, comme les coups de marteau sur le fer, le brouhaha des ateliers, le roulement des machines. De même pour la lumière vive, de même aussi pour des objets en mouvement (roues d'une voiture) ou pour ceux qui comportent un certain degré de fatigue visuelle : images en pointillé, en quadrillage, etc.

Toutes les secousses sont pénibles, et Pierre Marie, qui résume ces troubles dans son rapport à la Société de neurologie, fait remarquer que le métro est intolérable à un grand nombre de blessés du crâne à cause du bruit, des secousses et de la chaleur.

Les efforts intellectuels sont particulièrement pénibles, et chez les blessés qui avaient à cet égard une vie active, la constatation de ce déficit provoque une dépression qui tend parfois à la mélancolie.

Parfois les blessés racontent qu'ils ont, en temps ordinaire, l'impression d'un cercle tout autour du crâne, puis qu'à certains moments le cercle se resserre nettement, et qu'alors ils ont comme un nuage qui passe, pendant un instant très court. Durant cet instant, ils s'interrompent dans une conversation commencée, ils ne voient plus distinctement, ils entendent mal, puis tout se dissipe. Ces phénomènes, qui, à ce simple degré, sont assez fréquents, doivent être considérés comme des « absences » incomplètes, c'est à-dire comme l'ébauche excessivement atténuée de crises d'épilepsie.

Les *éblouissements* sont des phénomènes voisins, mais avec sensation visuelle encore plus nette, avec des lueurs brillantes, ou de petits cercles. Ils s'accompagnent d'un malaise analogue aux phénomènes précédents, dont je les ai séparés parce que l'éblouissement est sans rapport avec la céphalée. Il est de même sans rapport avec le siège de la lésion ou sa gravité.

Plus rarement, il y a des *vertiges* vrais, avec impression de déplacement des objets. Quand les blessés parlent de vertiges, il est facile de s'assurer que c'est en réalité des éblouissements et des phénomènes voisins qu'il s'agit.

Les *bouffées congestives* sont fréquentes. Elles augmentent les malaises et notamment la céphalée. Inutile de dire l'influence déplorable de tous les excès, non seulement d'alcool, mais de

régime. Les rapports sexuels ont les mêmes inconvénients.

Les *troubles mentaux* doivent être divisés en *fréquents*, faisant partie du tableau ordinaire, et en troubles *rares*.

Troubles fréquents. — C'est l'*inaptitude à tout travail*, l'incompréhension et la sensation de « cerveau bourré » au moindre effort d'attention. Secondairement ce sont des *troubles de la mémoire*, qui ne sont très accentués que rarement, mais dont la fréquence est extrême à un degré limité. On peut presque dire qu'aucun trépané n'y échappe, en parcourant les observations du service et les publications de Pierre Marie, Souques, Villaret, R. Oppenheim, entre autres. Ces troubles sont principalement des troubles de la mémoire de *fixation*, c'est-à-dire des faits actuels. Rien ne se fixe dans la pensée du trépané, parce que l'attention est absente. Il y a donc rapport étroit entre son état et celui de la mémoire. Cela correspond tout à fait à l'aprosexie des confus, ce qui n'a rien d'étonnant, l'état mental des traumatisés du crâne étant, lui aussi, une variété de confusion mentale.

Il y a aussi des troubles de mémoire ancienne, de l'*amnésie rétrograde*, non en ce qui concerne les faits de guerre auxquels les blessés ont assisté, mais pour les souvenirs anciens qui comportent avec eux un certain travail cérébral d'évocation. Ainsi la règle est que les polyglottes ont oublié, au moins en partie, les langues acquises, même très couramment, et ne conservent que la langue maternelle.

L'*insomnie* est également fréquente ou bien le sommeil est coupé de cauchemars. Elle contribue à entretenir un état vague de malaise, d'insécurité, qui influe sensiblement sur le *caractère*. Celui-ci est impressionné aussi par le mal de tête, l'insuffisance ou les troubles des impressions sensorielles, et les oscillations de la tension vasculaire encéphalique. Aux bouffées congestives correspondent souvent de brèves colères, des *impulsions* subites. A l'inverse, l'émotivité prend des proportions inattendues chez des hommes jusque-là très maîtres d'eux. Les nouvelles, bonnes ou mauvaises, les émotions patriotiques, les impressions musicales ou artistiques sont accueillies parfois par des larmes abondantes. Des blessés au caractère énergique en souffrent. « C'est idiot d'être comme cela », disent-ils en s'excusant.

Troubles rares. — C'est l'exagération des précédents ; c'est l'émotivité maladive poussée à l'extrême. C'est aussi l'*état mélancolique dépressif*, plus rarement encore l'état *anxieux* avec *délire d'auto-accusation*. J'en ai vu plusieurs cas assez sérieux, entre autres chez un officier d'intelligence générale médiocre, qui avait en même temps de l'épilepsie jacksonienne. Une cranioplastie, faite par Boeckel, améliora considérablement l'état local, puis le délire disparut, les crises persistant.

Il peut y avoir aussi de la *confusion mentale chronique*, ou encore un état de confusion mentale dont le sujet ne sort pas, parce que sa résistance générale baisse peu à peu. Il finit par mourir dans le marasme, ne se nourrissant plus, complètement égaré et gâteux. En pareil cas, on pourrait croire à des complications infectieuses, à un abcès cérébral notamment, d'autant que ces troubles peuvent survenir brusquement, plusieurs mois après le traumatisme, comme l'abcès lui-même. Pourtant les autopsies ont souvent donné des résultats négatifs. Le terme de confusion mentale est même trop faible pour les cas de ce genre, ce sont des troubles démentiels qui emportent les blessés.

Enfin, il y a, avec une fréquence assez grande, et une intensité variable, des troubles du langage et des troubles particuliers de la sensibilité qui, bien qu'étant qualifiés neurologiques par tradition, doivent être mentionnés ici en raison de la participation nécessaire de phénomènes mentaux à leur production.

Les *aphasies* peuvent se voir même en dehors d'une lésion de la zône de Broca ou des régions sensorielles de l'écorce. Elles tiennent donc à la commotion autant qu'à une localisation précise. Elles sont en général d'un pronostic grave, non que le trouble du langage ne guérisse pas, mais parce qu'elles sont liées à un déficit mental parfois assez profond. Même quand elles semblent guéries, on retrouve, comme l'a fait notamment Froment, des séquelles très nettes : altérations plus ou moins accusées de l'attention volontaire, véritables fuites d'attention se produisant dès qu'un événement vient distraire le malade, amoindrissement de la faculté de coordination des idées, lacunes de la mémoire, difficulté à trouver les mots et leur orthographe exacte.

La *dysarthrie*, au moins légère et passagère, est un phénomène assez fréquent. On peut aussi observer un trouble particulier de la parole, consistant en une lenteur saccadée avec voix monotone. Cette manière de parler rappelle celle de certains

pseudo-bulbaires, et il semble bien qu'elle corresponde en effet à des lésions centrales.

On retiendra, de cet ensemble de troubles, d'une part qu'ils laissent, chez beaucoup de sujets, une réduction sensible, temporaire sans doute, de l'intelligence générale ; que d'autre part ils s'accompagnent d'une augmentation considérable de l'émotivité, et aussi de la susceptibilité aux bruits et aux ébranlements. C'est dire les réserves que nous retrouverons plus loin quant à l'utilisation militaire de ces hommes. C'est dire aussi que le traitement de la période aiguë devra leur assurer le calme et le repos. On évitera avec le plus grand soin l'usage des calmants toxiques, se souvenant des résultats déplorables de l'opium, par exemple, sur l'écorce cérébrale primitivement lésée. Ainsi dans les expériences de R. Tripier, qui, après destruction du gyrus sigmoïde chez le chien et guérison ultérieure de la paralysie, reproduisait à volonté celle-ci en injectant de la morphine à l'animal.

On combattra, minutieusement, les auto-intoxications intestinales et l'intoxication digestive. Le sort des trépanés dépend pour une grande part de l'organisation et de la discipline des formations qui les reçoivent. L'alcool, déjà nocif pour les cerveaux sains, a ici trop beau jeu, et il est trop facile, avec le plus « hygiénique » des apéritifs, de provoquer de l'épilepsie, des impulsions délirantes, ou un état confusionnel chez un trépané.

Malgré les guérisons extraordinaires que l'on voit, d'individus auxquels il manque une partie notable du cerveau, ou qui ont échappé à des transfixions de la tête par balle, les lésions crânio-encéphaliques sont donc des accidents dont le pronostic doit être réservé. Les blessés qui ont le minimum de troubles tardifs ne sont pas nécessairement les moins atteints ; ce sont ceux dont la blessure a été le moins infectée, qui ont été favorisés par le sort en ce qui concerne le chirurgien qui leur a donné les premiers soins, et qui n'ont pas conservé d'adhérences entre leur corticalité et ses enveloppes.

Les adhérences sont une variété des *cicatrices cérébrales*, dont l'importance, comme Pierret l'a montré, est considérable en pathologie mentale. Etendues ou limitées, elles agissent comme facteur permanent d'irritation, de trouble circulatoire et nutritif. Elles multiplient le pouvoir nocif de toute intoxication ; elles créent l'aptitude à la réaction motrice de décharge, la crise convulsive, et à son équivalent psychique, l'impulsion. Leur rôle

pathogène est tel qu'il vaut souvent mieux différer une intervention en chirurgie cérébrale, notamment pour des crises jacksoniennes, pour ne pas risquer de provoquer des cicatrices nouvelles.

II. — TROUBLES MENTAUX DANS LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Voici quelques cas dont l'importance numérique est nulle, et qui ne valent que par les erreurs auxquelles ils auraient pu donner lieu. A ce titre pourtant ils méritent une mention.

§ 1. — Tumeurs cérébrales.

J'ai vu trois fois des troubles mentaux caractérisés surtout par une torpeur intellectuelle profonde, avec indifférence générale, accompagnés par une céphalée rebelle, qui étaient les seuls signes de tumeurs cérébrales dont l'évolution ultérieure a fixé le diagnostic. Les caractères de la céphalée, qui ne manque pour ainsi dire jamais, et qui est gravative, les troubles fréquents de la vue, au besoin l'examen du fond d'œil, permettront d'éliminer l'hypothèse de confusion mentale liée ou non à un fait de guerre. Quand il s'agira d'une tumeur cérébelleuse ou de l'angle ponto-cérébelleux, les troubles de l'audition et de l'équilibre feront le diagnostic. Mais celui-ci reste délicat dans les tumeurs des lobes frontaux. En cas de tumeur présumée, ne faire de ponction lombaire qu'avec une extrême prudence, et en n'enlevant que la quantité de liquide utile pour un examen. On voit des morts subites par décompression cérébrale brusque.

§ 2. — Maladie de Parkinson.

Il y a des parkinsoniens frustes, peu atteints au point de vue moteur, ou n'ayant, par exemple, qu'une monoplégie parkinsonienne qui permet encore leur utilisation dans l'armée. Il n'est pas rare que ces formes frustes comportent quelques troubles mentaux, à caractère dépressif. Ce n'est pas seulement le résultat des réflexions que les malades peuvent se faire sur

leur état. On voit parfois, sans intervention toxique ou médicamenteuse, des bouffées confuses légères, avec un peu d'anxiété.

§ 3. — Sclérose en plaques.

Il y a dans l'armée beaucoup de fausses scléroses en plaques, névroses rigides et trémulantes d'origine hystérique ou hystéro-traumatique. Mais il y a aussi quelques scléroses en plaques organiques. Elles ont un certain intérêt parce qu'il se peut qu'il y ait dans le nombre des officiers, n'ayant en apparence qu'un trouble moteur léger, compatible à première vue avec un emploi sédentaire. Or il faut bien savoir que dans ce syndrome complexe qu'est la sclérose en plaques, la participation de l'écorce cérébrale est bien plus fréquente qu'on ne le croit d'ordinaire. On voit chez ces malades survenir brusquement, soit des bouffées confuses, soit des idées délirantes, de grandeur surtout, dont les conséquences seraient graves si le malade avait, à ce moment, la possibilité de donner des ordres. Il s'agit surtout alors de scléroses en plaques développées lentement à l'âge mûr, et précisément de ces formes frustes dans lesquelles interviennent sans doute des facteurs étiologiques multiples — alcool et syphilis notamment — capables par eux-mêmes de produire des troubles mentaux.

En présence d'un tremblement, qui pourra être localisé, ou hémiplégique, on examinera donc très soigneusement l'état mental, de manière à ne pas laisser de responsabilité à des malades susceptibles d'avoir des accidents sérieux.

§ 4. — Tabes.

Le tabes est de beaucoup le plus important parmi les problèmes que posent les maladies nerveuses organiques. Les tabétiques sont nombreux ; il y en a parmi le corps d'officiers, il y en a également parmi des auxiliaires que l'on maintient dans l'armée parce qu'ils peuvent y rendre des services, dans un bureau par exemple, et dont un examen trop sommaire a fait simplement déclarer qu'ils étaient inaptes à la marche et au service armé, comme ayant des « rhumatismes ». On ne se figure pas ce qu'il y a de tabes méconnus. Cela tient peut-être à ce que nous savons mieux dépister les tabes frustes, et surtout sans doute à ce que la syphilis étant souvent mieux traitée que par le

passé, beaucoup de tabes sont moins graves. C'était du moins l'impression que j'avais jusqu'à ces derniers temps. Puis le hasard m'a montré quelques tabes graves, qui, circonstance particulière, étaient aussi des tabes précoces, qui avaient été traités par les arsénobenzols. Au point de vue du traitement par ces derniers agents, la question se pose donc un peu dans les mêmes termes que pour la paralysie générale.

Le danger du 606 paraît être surtout de favoriser les poussées congestives sur les centres nerveux, et en même temps de soumettre ceux-ci à une action toxique. Or ces deux inconvénients sont précisément ceux qui commandent le plus directement les troubles mentaux du tabes. Ceux-ci, schématiquement parlant, sont de deux ordres :

D'abord des idées tristes, des tendances vagues au délire mélancolique et au délire de persécution ; ceci est en rapport avec les douleurs, et surtout avec les troubles profonds de la cénesthésie et des appareils sensoriels. A cette qualité de troubles correspond presque toujours un appoint toxique. On les voit disparaître par un régime sévère et des purgatifs : parfois aussi ils sont favorablement influencés par une ponction lombaire, comme Debove l'a montré pour les crises gastriques.

L'autre forme de troubles mentaux tabétiques, c'est la poussée mégalomaniaque avec excitation, la « paralysie générale tabétique ». Ici deux alternatives : si la poussée inflammatoire est violente, si peut-être aussi on ne parvient pas à la détourner, la maladie fait des progrès rapides, et le sujet est emporté par une paralysie générale qui brûle les étapes.

Si au contraire, ce qui est beaucoup plus fréquent, il ne s'agit que d'une poussée inflammatoire moyenne, au bout de quelque temps tout rentre dans l'ordre, ne laissant qu'un très léger degré d'affaiblissement intellectuel. Il y a ainsi, de par le monde, et il y a aussi dans l'armée, des tabétiques qui font de temps en temps une bouffée d'excitation délirante de quelques semaines, pendant laquelle ils sont des paralytiques généraux. Et quelque temps après, on les retrouve en bon état, ayant simplement quelques troubles de la marche. Ces formes tabétiques de la paralysie générale que Pierret a fait connaître, et auxquelles on a appliqué le terme de *paralysie générale régressive*, peuvent durer très longtemps, et manifester des rémissions assez impressionnantes. Assurément, même dans les cas favorables, le maintien dans l'ar-

mée sera difficile. Mais il y a une erreur de pronostic à éviter en pareille occurrence.

§ 5. — Pachyméningite hémorragique.

Nous avons déjà chargé l'alcool de lourdes responsabilités. Il faut encore lui attribuer, sauf exception, les accidents comateux, précédés souvent d'une phase d'obnubilation cérébrale marquée, de la pachyméningite cérébrale hémorragique.

III. — ÉPILEPSIE

L'épilepsie soulève en ce moment dans l'armée de graves problèmes, à la fois d'ordre théorique et pratique.

Elle devient nettement plus fréquente. Elle donne lieu parfois à de sérieuses hésitations au point de vue de la nature réelle des crises. Elle prête à la simulation. Elle peut se manifester par des accidents uniquement psychiques, de diagnostic toujours délicat, et aboutissant aux plus sérieuses conséquences. Elle peut résulter de faits de guerre. Elle peut dépendre de blessures n'atteignant pas le cerveau.

Fréquence. — Même en ne tenant pas compte de l'épilepsie jacksonienne traumatique par lésion corticale, même en faisant aussi large que possible la part de la névropathie pure dans les accidents convulsifs des commotionnés et des gens « à crises » de toute sorte que nous hospitalisons, il ne paraît pas douteux que la guerre a provoqué une recrudescence de l'épilepsie. Beaucoup d'épileptiques dans la vie civile ont déjà été réformés n° 2, et chaque jour se présentent de nouveaux cas.

En regardant les choses de près on constate que c'est surtout le nombre de crises qui a augmenté, et le caractère de celles-ci qui s'est aggravé, plus encore que le nombre des sujets atteints. En d'autres termes l'augmentation apparente globale résulte du fait qu'il y avait, en circulation, un nombre considérable d'épileptiques frustes ou larvés, n'ayant jamais eu de grande crise convulsive, mais ayant, à intervalles variables, de petits malaises dont la nature était méconnue.

L'augmentation de fréquence s'explique alors par le fait que ces

sujets, qui étaient adaptés à certaines conditions de vie, ont dû changer leurs habitudes, leur régime, qui pour certains est devenu plus carné qu'auparavant, ont été troublés dans leur sommeil et leur repos, ont eu des troubles dyspeptiques, parfois un peu de surmenage circulatoire et cardiaque, élément de premier ordre dans la pathogénie des crises, et ont enfin été soumis à deux convulsivants décisifs chez les prédisposés : l'émotion et l'alcool.

Il est bien entendu qu'ici l'émotion n'agit pas seulement par suggestion, mais d'une manière complexe, peut-être par intervention de l'appareil circulatoire. Quant à l'alcool, il est inutile d'insister. La suppression de l'absinthe a diminué, comme nous le verrons, les actes impulsifs des épileptiques alcooliques, mais dans une faible proportion, en raison de l'action nocive d'autres boissons à essences. Mais c'est surtout de ce côté qu'il faut chercher l'augmentation du nombre des crises.

Diagnostic des crises. — La différence entre la crise névropathique (hystérique) et la crise épileptique repose surtout sur les caractères suivants : *dans l'épilepsie*, survenance des crises à un moment quelconque, ou à une heure assez régulière, mais en tous cas sans intervention d'une circonstance particulière, cri initial, *pâleur de la face*, *mydriase*, succession d'une phase tonique et d'une phase clonique sans mouvements exagérés, sans attitudes illogiques — *miction involontaire*, *morsure de la langue*, torpeur comateuse terminale avec hébétude consécutive. Assurément certains de ces caractères peuvent se voir dans une crise névropathique, ou même être simulés — quoiqu'on ne simule guère une morsure de la langue réelle et constatable. Mais les signes, comme la pâleur et la mydriase, qui échappent à la volonté, ont une grosse valeur diagnostique.

L'état intermédiaire aux crises donnera aussi une impression qui ne trompe guère, lorsqu'on a quelque expérience clinique. Le névropathe à crises reste un névropathe, dont l'émotivité évidente, les paroles et les actes ont un cachet bien spécial. L'épileptique peut être normal, tout en conservant certains détails qui au premier abord n'attirent pas suffisamment l'attention : un entêtement exagéré, un peu d'impulsivité, ou encore la nuit, pendant le sommeil, des grincements de dents.

Epilepsie psychique. — L'impulsivité ordinaire de l'épileptique

se transforme parfois, comme l'on sait, en phénomènes d'automatisme, en *états seconds*, qui remplacent les crises, et qui peuvent être, soit des *accès de folie furieuse*, d'une violence aveugle, survenant brusquement, comme une crise, et au cours desquels le sujet peut commettre un meurtre, par exemple, sans en conserver le moindre souvenir — soit des phénomènes plus complexes et plus durables.

Le plus fréquent peut-être de ces phénomènes est la *crise d'automatisme* de quelques heures au cours de laquelle l'épileptique fait une *fugue*. A un moment donné, il revient à lui, tout étonné et ne comprenant rien à ce qui s'est passé. Il peut arriver, mais ce sont des raretés extrêmes et contestables, dont il ne semble pas que l'on ait publié de cas depuis la guerre, que l'accès d'automatisme dure plusieurs jours. On saisit en tous cas le problème médico-légal qui se pose. Il est d'autant plus délicat, comme on le verra, que certaines observations tendent à montrer, aussi bien pour l'accès de folie furieuse que pour la fugue, que la perte de conscience peut n'être pas absolument totale.

A côté des crises d'automatisme, il faut faire une place pour les *délires* de l'épilepsie. Ils appartiennent à l'épilepsie *larvée*, c'est-à-dire sans crises habituelles, et leur nature épileptique n'est souvent démontrée que rétrospectivement — ou bien par la notion d'autres incidents, nettement épileptiques. Ce sont des accès de *confusion mentale*, avec hallucinations et onirisme semblables à ce que nous avons décrit au chapitre des psychoses aiguës. Mais ils s'accompagnent d'agitation, parfois intense et de type maniaque, à tel point que Pierret et d'autres auteurs se sont demandés si la psychose maniaque-dépressive n'était pas une variété d'épilepsie.

Quand les accès délirants surviennent chez un épileptique qui a des crises ils ont d'ordinaire une forme différente. Survenant *après* la crise, et durant quelques jours, ils représentent une psychose d'épuisement, et sont à type mélancolique et dépressif.

Epilepsies par lésion périphérique. — Inutile de rappeler ce qu'est l'épilepsie jacksonienne, et cette vérité élémentaire qu'elle peut être produite par des lésions cérébrales ne correspondant pas à la zône motrice. On remarquera en passant qu'elle n'est peut-être pas aussi fréquente qu'on n'aurait pu le craindre, avec le nombre considérable de lésions cérébrales traumatiques que

l'on observe, mais l'épilepsie par lésion cérébrale ou encéphalique n'est pas la seule.

La guerre a fourni quelques exemples d'une variété trop oubliée, que l'on désigne sous le nom d' « *épilepsie de Brown-Séquard* » depuis les travaux dans lesquels celui-ci, en 1869, montra qu'il était possible de provoquer chez le cobaye des crises épileptiques par lésions du nerf sciatique. Mairet, Heitz, Souques en ont publié, nous en avons observé deux cas, l'un consécutif à une blessure des nerfs d'un pied, l'autre à une plaie pénétrante de poitrine. Ces épilepsies se développent plusieurs mois après le traumatisme, et sont provoquées par des irritations nerveuses cicatricielles. Jusqu'ici il ne s'est agi que de crises convulsives sans phénomène mental, mais leur importance médico-légale est évidente. Mes deux sujets avaient été pris pour des simulateurs, comme n'ayant reçu aucune blessure *crânienne* susceptible d'expliquer leurs accidents. Le pronostic de ces cas est réservé ; il est possible que des interventions chirurgicales l'améliorent.

IV. — HYSTÉRIE

Si l'on s'en rapportait aux titres d'un certain nombre de publications étrangères, notamment russes et allemandes, il y aurait un nombre important de psychoses « hystériques » de guerre. Ce n'est pas l'impression que l'on retire de la pratique d'un grand centre ou des publications françaises. Mais la divergence est peut-être surtout dans les mots. Les auteurs russes, notamment, attribuent à l'hystérie les confusions mentales émotives que nous avons englobées dans le cadre général des états confusionnels — les psychoses commotionnelles et sans doute aussi quelques états de délire polymorphe chez des dégénérés. Chez nous, malgré les discussions d'école, le terme d'hystérie est moins compréhensif.

Assurément, l'hystérie, en elle-même, est une maladie mentale, mais il ne faudrait pas exagérer la valeur de l'état mental des hystériques au point de les considérer en bloc comme de grands malades, et surtout comme tels dans l'intervalle des paroxysmes.

Dans la vie courante, en dehors des crises, l'hystérique mâle, qui est du reste un spécimen moins répandu qu'on ne l'a dit, est

un mythomane et un déséquilibré. A ce double titre, nous allons le retrouver un peu plus loin. Mais la mythomanie, dont nous allons voir la part dans une série de délits, n'est pas toujours, tant s'en faut, un phénomène pathologique que les sanctions répressives soient impuissantes à réfréner. Il en est pour elle comme des accidents paroxystiques ; ils sont involontaires surtout parce que le sujet s'abstient de leur résister. Une psychothérapie active et ferme réussit toujours. Les crises convulsives de grande hystérie ne sont pas de la simulation, mais lorsque les malades sont placés dans des services fermés, d'où l'on ne sort pas à volonté, lorsqu'ils sont bien prévenus que l'*on ne veut pas* de crises, celles-ci disparaissent. Le tout est d'être sûr de son diagnostic, et de ne confondre les hystériques, ni avec les simulateurs, ni avec les épileptiques.

Donc il y a des confusions mentales, des délires, d'origine émotive, chez des sujets de tempérament hystérique, il n'y a guère, dans la pratique courante, de psychose uniquement et proprement hystérique. L'émotion qui agit en pareil cas n'est du reste pas nécessairement la peur : H. Claude, M. Dide et Lejonne ont publié notamment l'histoire d'un homme sans peur, « impavide », dont la raison sombra sous une accusation de vol. Quant aux délits et aux actes des mythomanes, c'est une question d'espèce, à envisager au point de vue médico-légal seul.

En liaison, si l'on peut dire, avec l'hystérie, il y a le *somnambulisme*. Il est très rare à un degré accentué, mais non exceptionnel, et j'ai vu plusieurs jeunes soldats, pour lesquels l'enquête a démontré l'existence d'un somnambulisme constant, datant de l'enfance, et chez lesquels aucune tentative thérapeutique n'a pu agir. Il va de soi, du reste, que, quelle que soit la bonne volonté des sujets, les circonstances, les risques de guerre, exercent une contre-suggestion trop importante pour que l'on puisse espérer quelque chose.

Quand les crises sont certaines, il faut renoncer à maintenir ces hommes dans un emploi quelconque. Les responsabilités qu'ils entraînent dépassent trop les services qu'ils peuvent rendre. On est tenté de se dire que la nature « a des ménagements pour l'hystérique » et que celui qui se promène la nuit sur les toits de la caserne ne tombera jamais. C'est une erreur, il y a eu des accidents, et le somnambule, bien que d'ordinaire doux, peut nuire aux autres encore plus qu'à lui-même.

V. — PSYCHASTHÉNIE

Les gens qui figurent dans ce chapitre n'ont pas une bonne presse. Comme ils ne prennent pas de crises convulsives, on est moins pressé de se débarrasser d'eux que des épileptiques ou des hystériques, et, du moment qu'on les conserve dans l'armée, on a beaucoup plus de tendance à les considérer comme des exagérateurs ou des simulateurs, d'autant qu'à l'occasion de leurs souffrances ils obsèdent les médecins et le commandement autant qu'eux-mêmes. Et pourtant ce sont des gens très malheureux, d'autant plus que le fondement de leurs erreurs, de leurs idées fixes, de leurs obsessions, c'est *une peur*, tare inavouable et justement flétrie au temps présent.

Il en est de toutes sortes et de toutes variétés, de tout âge et de toute condition, il en est aussi, ce qui rend parfois la solution plus difficile, de toute l'échelle de la résistance physique. Ce qu'il faut bien concevoir c'est, à côté des autres névrosés, l'existence de ce type, qui constitue les véritables *névropathes*, mais les névropathes graves, ceux qui sont à mi-chemin entre la raison et le délire. La variété de leur apparence clinique, la difficulté souvent assez grande de l'examen psychologique leur ont nui. Ils sont mal connus et surtout mal jugés.

On ne peut ici en indiquer que quelques types, mais ils serviront de guides par analogie.

La névrose d'angoisse et les phobies spécialisées. — Pour la commodité, et surtout la brièveté de la description, on peut réunir les paroxysmes anxieux, avec tachycardie notable et hypotension, malaise indéfinissable et réactions vaso-motrices extrêmes, survenant sans cause apparente — et ceux, du même ordre, qui se produisent à l'occasion d'une cause, toujours la même. Les uns et les autres de ces malades souffrent d'une manière pénible, sans que la thérapeutique obtienne chez eux de résultats brillants. Ce sont les antécédents qui permettent de fixer le diagnostic, et d'éliminer l'hypothèse de simulation. Presque toujours on retrouve des antécédents héréditaires et collatéraux chargés. L'hérédité n'est pas seulement névropathique ici, elle peut être nettement vésanique. Ce sont des enfants ou des neveux de déséquilibrés, d'alcooliques impulsifs, d'intoxiqués, de

paralytiques généraux, de persécutés, de déments précoces, etc. Parfois quand il s'agit d'hérédité névropathique, elle est similaire ; c'est la même peur, ou presque, qui a empoisonné la vie de l'ascendant.

Il faut aussi tenir compte des antécédents personnels. Il y en a quatre, entre autres, qui se retrouvent dans beaucoup d'observations ; c'est, par ordre de fréquence croissante, si je me reporte à des impressions personnelles qui auraient besoin d'être confirmées : l'*alcoolisme*, la *fièvre typhoïde*, la *syphilis*, et enfin surtout les *traumatismes crâniens*. Il y a peu d'alcooliques dans le nombre, les anciens typhiques me paraissent être des gens chez lesquels le système nerveux du cœur aussi bien que le myocarde sont restés touchés par la toxine. Pour la syphilis, il ne s'agit ici que de l'influence déprimante générale qu'elle exerce sur les malades, et non de la crainte spéciale qui se lie à elle, la syphilophobie.

Mais je crois qu'il faut attacher une grande importance aux traumatismes crâniens : les chutes de cheval, les accidents d'automobile et surtout de motocyclette, sont des circonstances d'où l'on peut sortir « fêlé ». Et ce sera alors sous forme de crises d'angoisse. Tel malade, par ailleurs normal, *et même brave*, aura la peur des espaces, l'*agoraphobie* vraie. J'ai vu des hommes, qui s'étaient bien conduits au feu, parce qu'ils étaient au contact immédiat de leur pièce ou de leur caisson, être pris, au dépôt, dans la cour du quartier, d'une angoisse paralysante et atroce. La réalité de leurs sensations s'apprécie par l'examen de l'appareil circulatoire, en état d'éréthisme avec affolement et hypotension artérielle. On trouvera quelquefois chez eux un soupçon de goître exophtalmique.

D'autres ont la peur anxieuse du chemin de fer, des tunnels notamment ; d'autres obsédés phobiques, dont la place n'est vraiment pas au front, ne peuvent s'empêcher de se laver les mains tout le jour.

D'autres encore sont assiégés par le doute, vérifient indéfiniment ce qu'ils viennent de faire ; on peut varier les exemples à l'infini. Pour tous, peu d'espoir thérapeutique. La seule question utile est celle de la manière dont ils seront employés, en général dans le service auxiliaire.

Les hypochondriaques. — Les hypochondriaques, ce sont à peu près les malades imaginaires. Eux aussi présentent cette curieuse

particularité qu'ils témoignent, vis-à-vis d'une maladie insignifiante ou inexistante, d'une pusillanimité extraordinaire, alors qu'ils se sont montrés capables de faire leur devoir au front de la manière la plus honorable.

Les idées hypochondriaques peuvent s'attacher à un organe ou à une maladie quelconque, mais il y en a qui ont une ténacité et une intensité particulières.

La crainte de la *syphilis* est du nombre. La diffusion récente de la syphilis y a peut-être contribué, mais elle ne l'a pas créée. Cette phobie est très ancienne ; ses manifestations ont dû souvent être interprétées comme relevant de la « folie syphilitique », terme inexactement compréhensif, qui englobait à la fois des symptômes uniquement névropathiques comme dans le cas présent, des confusions mentales de la période secondaire, sur la nature desquelles il y aurait beaucoup à dire, et enfin la paralysie générale. De tout cet ensemble disparate, il ne reste aujourd'hui, au compte direct de la syphilis, que les accidents tardifs. Encore, pour la paralysie générale, le problème est-il compliqué. Mais en tous cas, des folies syphilitiques du début, rien ne subsiste. La confusion mentale de la période secondaire, que l'on voit chez de grands prédisposés, paraît bien être le plus souvent une confusion mentale émotive, comme Colin et Lautier viennent d'en fournir des exemples tout à fait démonstratifs.

Quant à la syphilophobie sans psychose proprement dite, tout indique qu'elle est uniquement névropathique : le tempérament des sujets, l'existence d'autres craintes morbides chez eux ou dans la famille proche, le fait surtout qu'elle n'est jamais si marquée que chez ceux qui se croient syphilitiques, et qui ne le sont pas. Quoi qu'il en soit, il s'agit parfois de grands malades, chez lesquels la crainte de se servir d'objets contaminés rend la vie impossible au régiment, lorsqu'ils en sont encore à craindre la contamination, et qui d'autre part délirent positivement lorsqu'ils se croient atteints, Non seulement ils obsèdent les médecins pour qu'on leur applique les traitements les plus énergiques et les plus modernes, mais ils vont encore, victimes désignées pour les officines louches, se faire injecter des drogues diverses dont l'action est parfois néfaste sur leur état général. Pratiquement, malgré la bénignité apparente de leurs troubles, ce sont des gens inutilisables. Du reste, les cas vraiment graves ne guérissent presque jamais ; il en est qui se terminent par le suicide.

On peut en dire presque autant des psychopathes de la mic-

tion, de tous les *faux urinaires*, qui se plaignent d'un rétrécissement, en chargeant de toute sorte de responsabilités une vieille blennorragie guérie sans traces depuis longtemps. De même aussi pour les spermatorrhéiques, vrais ou faux, et qui sont seulement des obsédés génitaux, parfois avec excès vénériens antérieurs — ou plus souvent timidité de l'acte normal, mysogynie et pratiques solitaires. Ces malades sont plus fréquents qu'on ne le croit. S'ils sont de robuste constitution, ce qui est rare, on peut essayer de les laisser dans le service armé, avec l'espoir un peu vague que les circonstances de la guerre détourneront le cours de leurs idées. Mais leur emploi est plus difficile s'ils sont malingres. Un peu de bromure de potassium, à faible dose, et de l'hydrothérapie froide avec relèvement de l'état général seront des moyens de traitement rationnels, efficaces tout au plus dans les cas légers.

VI. — LES DÉSÉQUILIBRÉS

Nous arrivons à un groupe de sujets qui, déjà en temps de paix, sont la plaie de l'armée, et pour lesquels, comme médecin chef de service, médecin traitant ou comme expert, on est pris sans cesse entre le devoir professionnel et le regret de ne pouvoir faire mieux. *Ces gens sont des malades*, et il faut que ce soit bien entendu de prime abord, pour les distinguer des délinquants ordinaires. Le malheur est que la nature de leur maladie les conduit fatalement, soit à la délinquance juridique, soit à des actes anti-sociaux et que d'autre part leur état est tel qu'il faut toujours un examen très délicat pour apprécier leur responsabilité. Nous verrons au chapitre de la médecine légale ce côté de la question, les difficultés de l'expertise et des solutions. Précisons autant que possible le point de vue clinique.

Il faut bien distinguer les *déséquilibrés* des *débiles mentaux*. Ce ne sont pas des débiles « qui ont mal tourné ». Le débile pervers est tout autre chose. Chez les débiles, le développement cérébral s'est arrêté en bloc, à un moment donné, ou plutôt a été perpétuellement en retard. Les déséquilibrés, eux, ont de l'inégalité de développement de leurs facultés cérébrales ; les unes sont restées rudimentaires, au moins autant que chez les débiles, les autres sont normales, même dans certains cas au-

dessus de la normale. Ils sont intelligents, et comme ils ont des qualités extérieures d'imagination, d'ingéniosité, ils peuvent même sembler très intelligents parfois.

Mais l'équilibre leur manque absolument : aucun bon sens, aucun souci de la portée de leurs actes, aucune prévoyance, aucune patience, aucun goût au travail. voilà pour leur intérêt égoïste, et voici maintenant pour autrui : inaptitude totale aux sentiments affectifs, aux réactions les plus naturelles de la sensibilité morale. Ils n'ont pas de cœur. Ils n'ont plus le moindre sens de l'honnêteté. Enfants, ils ont été dès le début menteurs et vicieux. Ils continuent dès l'adolescence par le vol, l'escroquerie, les attentats impulsifs. Devant la justice ou devant le médecin, ils racontent avec abondance et vanité leurs hauts faits. Aucune mesure, aucune sanction, dès que l'enfance est passée, n'a d'effet curatif sur leur état. Passé le jeune âge, durant lequel il est déjà fort difficile d'obtenir quelque chose, rien n'agit sur eux.

Ce sont surtout des impulsifs, et c'est en général par là qu'ils commettent des délits. Une fois les instincts déchaînés, ils ne s'arrêtent pas, et il n'est pas sûr qu'ils pourraient s'arrêter, la volonté réfléchie leur manquant totalement. Du reste très souvent cette impulsivité est accrue par l'alcool, même relativement à faible dose, comme l'a montré le médecin inspecteur Simonin. Il faut donc compter qu'ils évolueront uniquement suivant l'automatisme de leurs penchants. Aussi sont-ils des égoïstes sans limites dans leurs réactions, sans disposition à une concession quelconque à l'ordre social, d'où ce phénomène qu'ils sont inadaptables aussi bien par la bienveillance que par les sanctions répressives.

Ce sont des êtres hors de l'humanité, anormaux profondément, en tout ce qui concerne les sentiments et les affinités ordinaires de l'homme régulièrement développé. Leur état mental, en général entaché d'alcoolisme, peut aussi être compliqué par des troubles comme les obsessions, les idées fixes, les tendances au délire de persécution. Il n'est pas très exceptionnel qu'ils se suicident — par impulsion subite plutôt que par une évolution mélancolique prolongée. Ils sont au surplus très capables de véritable bravoure.

En temps de paix, ces sujets sont exclus de l'armée, par leur état mental ou leurs condamnations, ou incorporés dans les bataillons d'Afrique, où Granjux, Jude, Rebierre, Boigey et quelques autres médecins militaires ont bien étudié leurs réactions.

Depuis la guerre, ils chargent la tâche des rapporteurs des Conseils de guerre, celle des experts : ils sont pour le commandement un souci perpétuel. Nous les retrouverons donc au point de vue médico-légal et au point de vue des solutions.

VII. — INDIGÈNES DES COLONIES

On ne peut qu'ébaucher une psychologie pathologique des diverses races d'indigènes de nos colonies et pays de protectorat qui sont en ce moment, représentées dans nos armées. Le principal écueil en présence de chaque cas est la difficulté de comprendre et d'être compris, le meilleur des interprètes ne valant pas beaucoup plus que la simple observation muette. Il y a cependant une double constatation à faire : un petit nombre de ces gens sont des dépaysés, qui souffrent de nostalgie. Un nombre, très limité parmi les troupes combattantes musulmanes, considérable parmi les travailleurs algériens, noirs et jaunes des usines de guerre, présente des accidents alcooliques. Sous l'influence de l'alcool, se manifestent des psychoses aiguës, qui sont de deux types : confusion mentale hallucinatoire avec grande agitation et réactions maniaques — et type dépressif avec refus d'alimentation et tentative de suicide.

Hors de là, à en juger par les observations d'un service où ont passé déjà beaucoup d'exotiques et par le compte rendu du service de Porot à Alger, il n'y a guère que des cas exceptionnels. J'ai vu — Porot également — des démences précoces très nettes, un délire de caractère mystique chez un musulman, sans grande exaltation et sans apparence nette de confusion mentale, en sorte que l'influence toxique n'est pas probable. Lautier en a publié un très intéressant, provenant du service de H. Colin.

On sait qu'une observation déjà ancienne mentionne l'immunité des races indigènes aux accidents de la parasyphilis, fait d'autant plus frappant que les syphilis exotiques sont parfois d'une extrême malignité et sont très répandues. Depuis quelques années, cette notion s'est transformée, ou si l'on peut dire, confirmée par sa modification même. Il est apparu très nettement à Warnock au Caire, aussi bien qu'à nos médecins militaires du Nord-Afrique que cette immunité s'épuisait dès l'instant où les populations, adoptant plus ou moins la vie européenne et en tous

cas perdant leur calme primitif, s'intoxiquant et se fatiguant, surmenaient leur cerveau. J'ai l'impression, reposant seulement sur des conversations de médecins, qui sont instructives mais manquent d'objectivité, que la guerre présente confirmera encore cette notion, en sorte que se trouvera justifiée une fois de plus la formule étiologique de la paralysie générale qu'avait posée Krafft-Ebing : syphilisation, civilisation.

Il est en tous cas tout à fait regrettable que les mesures édictées à l'intérieur contre l'alcoolisation des travailleurs coloniaux aient été en beaucoup de régions, sinon tenues pour lettre morte, du moins très insuffisamment appliquées. Elles eussent nécessité des sanctions contre les débitants contrevenants. Ces sanctions eussent été d'autant plus efficaces que pour les musulmans le Ramadan venait aider la tâche de l'autorité. Avec la fermeture générale aux heures de nuit, durant lesquelles le jeûne est suspendu, avec la fermeture permanente pour les débits en contravention, on pouvait tout à la fois éviter une contamination physique et morale dont il n'est que trop facile de prévoir les effets quand ces gens seront retournés dans leur pays, faire une expérience utile en ce qui concerne la consommation française, et conserver de l'alcool pour la défense nationale. Mais l'aveuglement ou l'impuissance des gouvernements en matière d'alcoolisme ne l'a pas voulu. M. Albert Thomas a publié à cet égard des circulaires excellentes, malheureusement il ne lui était pas donné d'en poursuivre l'application.

DEUXIÈME PARTIE

APPLICATIONS PRATIQUES

CHAPITRE PREMIER

MÉDECINE LÉGALE JUDICIAIRE

L'existence reconnue de troubles mentaux a, dans l'armée, des conséquences d'ordre pratique en ce qui concerne l'utilisation du sujet. Mais en même temps que cette question médicale se pose parfois une question pénale. La vie militaire, surtout en temps de guerre, comporte tant d'occasions d'infractions à la discipline que c'est fatalement à l'occasion de ces infractions qu'un certain nombre de troubles mentaux sont découverts ou soupçonnés. C'est pour cette raison que l'exposé des applications pratiques des données médicales qui précèdent comportera deux chapitres : *Médecine légale*, que nous appellerons *judiciaire*, pour la distinguer de celle qui concerne les expertises de réforme, et *Solutions militaires*.

Mais il y a une question préalable : pour que les indications qui suivent, soit au point de vue de la responsabilité pénale, soit au point de vue de la destinée ultérieure du malade, aient leur raison d'être et leur valeur, il faut qu'experts, magistrats ou membres des commissions se sentent avec nous sur un terrain solide. Il faut notamment qu'aucune hésitation ne puisse s'élever sur la réalité des troubles qu'il s'agisse d'apprécier, il faut que soit tirée au clair la question de la *simulation*.

I. — LA SIMULATION ET LES ALIÉNÉS MÉCONNUS

Même en temps de paix, l'armée est une école de simulation, qu'ignorent ceux-là seuls qui n'y ont point vécu. Le médecin de régiment, habitué à se défendre contre les petites ruses du troupier qui veut éviter l'exercice ou une corvée, l'officier et le gradé surtout, auxquels le but du prétendu malade ne saurait échapper, en arrivent fatalement à un scepticisme extrême à l'égard de tous les troubles qui n'ont pas un fondement objectif notable et certain.

En temps de guerre, des raisons humaines trop évidentes donnent à craindre que la simulation ne soit bien plus considérable encore, et d'autre part, toute négligence ou toute faiblesse de répression devient coupable, à l'égard de l'intérêt de la nation qui prime tout, à l'égard de ceux aussi qui donnent leur vie pour elle. D'où cette conclusion que dans l'esprit du commandement à tous ses degrés, et dans celui de tous les médecins également épris de leur devoir, s'est développée l'idée bien arrêtée de ne pas se laisser tromper par les simulateurs. Aussi, les premiers temps de la guerre surtout, un nombre important de malades mentaux se trouvèrent-ils placés au minimum en état de suspicion, et certains victimes d'erreurs plus graves. Aujourd'hui, les circonstances permettent mieux l'observation suivie, et les faits ont mieux éclairé la religion des médecins et du commandement. Ils prouvent que ceux qui continueraient à voir des simulateurs dans tous les mentaux commettraient une méprise très simple, pour la raison suivante : *Ce que l'on simulait, dans l'armée du temps de paix, et ce que l'on simule encore parfois, ce sont des maladies organiques, surtout des troubles fonctionnels, des douleurs, des impotences, des paralysies, à la rigueur des crises nerveuses, ce ne sont presque jamais des troubles mentaux.*

La preuve ? Voyez les études faites par des aliénistes sur les militaires internés, comme celle d'Antheaume et Mignot à Charenton. Sur 101 malades, pas un seul simulateur. Mais il s'agit, dira-t-on, de gens déjà soumis à un triage et à un examen médical sérieux. Voyons la preuve inverse. Nulle part la simulation n'est aussi répandue que dans les corps spéciaux et de disciplinaires ; on pourrait presque dire qu'elle y est générale.

Le livre de Jude, sur les dégénérés dans les bataillons d'Afrique, indique avec détails les variétés infinies de l'ingéniosité des sujets. *Or parmi eux aucun cas de simulation de troubles mentaux.* Et cependant ces gens sont des tarés, des névropathes excitables, qui ont sous les yeux quotidiennement des excentricités, non simulées, de tels ou tels d'entre eux.

C'est ce qu'ont démontré aussi tous les aliénistes qui ont étudié dans son ensemble la folie dans l'armée ; c'est l'opinion formelle de Régis, qui, outre son expérience clinique personnelle, a eu certainement entre les mains, depuis les travaux par lesquels il a inauguré la psychiatrie militaire, le maximum de documents. C'est celle de Pactet et de Rayneau, de Taty, de Chavigny, d'Haury. Cela s'explique pour des raisons militaires et surtout pour des raisons générales.

Le soldat qui est capable d'une volonté et d'une persévérance suffisantes pour simuler cherche surtout sa liberté. Or la simulation de la folie le conduirait soit au Conseil de guerre, soit à l'internement. Et les fous exercent sur les sains d'esprit, et surtout sur les nerveux, une influence de terreur. Chaque jour nous en voyons la preuve dans le centre de triage où fatalement, ne fût-ce qu'en passant, des psychonévrosés simples se trouvent en contact avec de vrais mentaux. Le lâche, qui chercherait à mettre sa peau à l'abri, a peur de l'asile comme il a peur du front.

Mais la vraie raison est que, même dans la vie civile, on ne simule pas la folie. C'est un rôle trop difficile à jouer, et dans lequel on a trop de chances d'être convaincu d'imposture, précisément parce que l'on est fatalement soumis à l'examen de spécialistes qui en savent plus que vous. On compte presque, et l'on cite comme des curiosités historiques les simulateurs qui ont pu quelque temps faire illusion. Presque toujours, l'individu qui « fait le fou » se dénonce dès l'abord. On croit généralement que les fous sont extravagants, et on les suppose volontiers agités. Aussi les simulateurs croient-ils devoir parler et agir d'une manière absurde, gesticulant ridiculement, répondant à tort et à travers aux questions qu'on leur pose, et parfois répondant d'une manière systématique exactement le contraire de ce qu'il faudrait, ce qui suppose une opération intellectuelle en contradiction avec l'incohérence qu'ils manifestent.

Et encore ce dernier caractère, qui au premier abord paraît décisif, est-il contestable. C'est moins par la clinique actuelle,

que par les récits des aliénistes de la génération précédente, que nous connaissons ces cas de simulateurs à réponses absurdes. Or il y a un état mental particulier, essentiellement pathologique, que l'on désigne habituellement sous le nom de syndrome de Ganser, et qui consiste précisément en des réponses absurdes. Il est ordinairement lié à la démence précoce, c'est-à-dire à une psychose qui correspond à l'âge de beaucoup d'aliénés militaires et dont le diagnostic, comme nous allons le revoir, est quelquefois très difficile.

Donc, même si, par une exception de toute rareté, on a devant soi un sujet qui paraît. à un examen approfondi, simuler des troubles mentaux, on se souviendra que l'erreur est possible, et qu'une mise en observation dans un service spécial ou un asile est absolument nécessaire. On a dit, avec une certaine raison, que pour simuler, il fallait déjà être aliéné. Le fait est exact dans une certaine mesure, et nous verrons plus loin les débiles mentaux simuler, non l'aliénation, mais des impotences physiques.

Souvent l'on est tenté d'employer les grands moyens dans un cas de simulation présumée, c'est-à-dire la douche, la privation de nourriture, un torpillage électrique quelconque, ce dernier procédé ayant détrôné le fer rouge. *Ces méthodes sont toujours inutiles, leur emploi, dangereux s'il s'agit de vrais aliénés, est inexcusable.* Le malade atteint de troubles mentaux n'est pas un hystérique. Il est par essence non accessible à la suggestion impérieuse. La chance, excessivement faible, après un examen clinique consciencieux, de se trouver en présence d'un simulateur, n'équivaut pas, à beaucoup près, aux inconvénients d'exercer des violences sur des malades. On obtient des renseignements bien plus précieux par l'observation pure et simple, y compris celle de l'état physique. On notera la valeur clinique considérable de l'*insomnie*, qui ne se simule pas, et qui est assez fréquente, dans les états aigus surtout. On ne s'étonnera pas outre mesure de la lucidité remarquable de certains sujets, notamment des persécutés et de certains déments précoces, qui contraste avec les idées délirantes qu'ils manifestent d'autre part.

Il y a un trouble mental particulier pour lequel cependant la simulation est plus facile, c'est l'*amnésie*. L'existence d'états confus transitoires, toxiques ou émotionnels, permet de concevoir des amnésies de courte durée, s'intercalant entre des périodes d'apparence normale, et qui peuvent paraître suspectes,

surtout si l'individu a intérêt à ne pas se souvenir de ce qui s'est passé à ce moment, par exemple au cours d'une fugue. Ici encore il y a avantage à rechercher les signes physiques, qui peuvent permettre de reconstituer rétrospectivement l'épisode de confusion mentale. L'examen peut aussi faire constater un tempérament névropathique extrême, une constitution « hystérique ». Dans ce cas, et seulement s'il s'agit d'amnésie, un médecin très au courant de la pratique de l'hypnotisme, opérant dans un service spécialisé, et en présence de témoins, pourra essayer d'endormir le sujet et de lui faire retrouver ses souvenirs dans le sommeil hypnotique. L'hypnose, en effet, semble un bon moyen de guérison des amnésies hystériques. *Mais on n'emploiera jamais l'hypnotisme en dehors de ce cas ou du mutisme et de l'aphonie hystériques*, et du reste on sait que les mentaux véritables y sont très réfractaires. On prendra garde aussi, dans une tentative hypnotique, de suggérer au sujet des indications ou des renseignements que l'on voudrait précisément obtenir de lui : aveu d'une faute, dénonciation d'un camarade, etc. Les conséquences d'une imprudence ou d'une maladresse en pareil cas pouvant être de toute gravité, on exagérera les précautions.

A côté de l'amnésie il faut faire une place au *mutisme* et à la *surdité*. Ce ne sont pas, à proprement parler, des troubles mentaux, et, de fait, ils appartiennent plutôt aux services de neurologie qu'à ceux de psychiatrie. Mais outre que ces services sont très souvent réunis, il faut considérer que le mutisme et la surdité font partie du syndrome commotionnel émotif et peut-être aussi parfois d'un syndrome commotionnel dans lequel l'élément organique prédomine de beaucoup sur l'élément psychique. Or il est démontré aujourd'hui que quelques-uns des sujets chez lesquels dure le mutisme ou la surdité sont des simulateurs. Sicard notamment a pu s'en rendre compte. Cependant il ne faudrait pas s'exagérer le nombre de ces simulateurs, infime par rapport à celui des surdi-mutités hystériques de bonne foi. Puis, ce sont moins des simulations que des persévérations : les sujets, au début, ont été légitimement muets et sourds, ils ont guéri, et n'ont pas accusé cette guérison.

Ce cas particulier juge bien la question de la simulation. Elle peut se résumer ainsi :

Il n'y a pas, en pratique, de simulation totale de troubles mentaux.

Il existe une simulation assez répandue de troubles nerveux organiques, fonctionnels ou sensoriels.

Cette simulation, dont peuvent se rendre coupables des malades atteints de troubles mentaux réels, consiste plus encore en persévération et en exagération qu'en simulation proprement dite. C'est une simulation de *fixation* plutôt que de *création*, suivant la formule de Sicard. On trouvera, notamment dans un article de Sollier, d'intéressantes indications sur la persévération des troubles nerveux fonctionnels.

L'existence préalable de troubles organiques, sur lesquels viennent se greffer des phénomènes névropathiques, puis éventuellement des manifestations d'une moindre sincérité, a fait comparer les sujets de cette catégorie aux accidentés du travail. Il s'agit presque toujours de blessés ou au moins de commotionnés, et le rapprochement est légitime. Une formule de Dupré indique bien la succession des stades : *Accident*, *émotion*, *suggestion*, *exagération*, *simulation*, *revendication*. Mais l'on voit combien, pour arriver à des cas de simulation, nous nous écartons des troubles mentaux proprement dits.

Je viens d'indiquer que parmi ces exagérateurs utilitaires il pouvait y avoir des malades atteints de troubles mentaux réels. C'est le cas des *débiles*. Laignel-Lavastine et Courbon, entre autres, ont bien montré comment ils se comportent. Les débiles sont entêtés et manquent de mesure, leurs exagérations sont outrées et obstinées, c'est leur invraisemblance qui les fait découvrir : leurs attitudes sont contrefaites, leurs mouvements recherchés : « ce ne sont pas des mouvements, mais des *contorsions*. La claudication est un plongeon, le steppage un pas de parade, la trépidation un trépignement. » Laignel-Lavastine et Courbon font remarquer en outre que cette exagération des débiles s'explique assez bien par une sorte de mendicité qui leur est familière dans la vie civile et dont l'expérience leur a montré les profits qu'ils en pouvaient tirer. Le débile, vaguement conscient de son infériorité sociale, l'exploite volontiers, en cherchant à apitoyer le public. Il s'habitue à une humilité servile et quémandeuse, à laquelle il restera fidèle quelles que soient les circonstances, incapable qu'il est, et de sens critique, et de dignité personnelle. Il lui échappe notamment que cette compassion qu'il s'obstine à provoquer est en temps de guerre un sentiment hors de saison.

Il y a pire que l'exagération des débiles. Il y a des simula-

teurs complets, qui sont en même temps de grands aliénés. A la veille de la guerre, Haury a rapporté l'observation d'un soldat, qui avait simulé complètement une amaurose d'un œil, et qui était en même temps, de toute évidence, un dément précoce authentique. De tels faits sont rares heureusement, car ils compliquent singulièrement la tâche des experts.

Un dernier mot à propos de la simulation et de l'exagération. Nous recevons parfois, dans les centres neuropsychiatriques, des hommes envoyés « pour examen mental » avec le diagnostic provisoire de pithiatisme ou d'exagération, et qui n'ont ni hystérie ni tendance simulatrice. Ce sont notamment des neurasthéniques par débilité organique constitutionnelle, ou provoquée par un appoint tuberculeux. Ce sont aussi, assez souvent, des hommes au système circulatoire forcé par les fatigues de la guerre, ou par une commotion, auxquels tout effort est impossible sous peine d'une tachycardie extrême, que l'on se presse trop de qualifier de névropathique.

En tous cas, l'examen de ces « névroses » de l'appareil circulatoire, lorsqu'il est fait avec les méthodes modernes d'appréciation de l'aptitude fonctionnelle du cœur (pression artérielle à l'oscillomètre de Pachon, épreuve de Lian, etc.) manifeste, soit une diminution de la résistance du myocarde, soit des phénomènes complexes, comme le basedowisme. Il s'agit donc de troubles fonctionnels réels, et non de nervosisme pur ou d'exagération plus ou moins consciente.

Les aliénés méconnus. — En psychiatrie militaire, il n'y a donc pas grand danger de se tromper en prenant pour malade un homme qui ne l'est pas. Mais on risque souvent de méconnaître l'état mental pathologique d'un sujet. Comme le disait Granjux en 1899, en présence des délits « le commandement trouve dans l'indiscipline une cause si naturelle et expliquant si bien tous les événements qu'il ne peut se demander s'il y a autre chose ». Et, comme le dit encore Haury, « le commandement ne peut pas savoir qu'en réalité il n'y a rien qui ressemble plus à un acte fautif, à un acte pervers, qu'un acte morbide, et à un coupable qu'un aliéné Et il ne se doute pas que dans l'armée, où le nombre des actes contraires à la règle et par conséquent réprimés est très élevé (en raison même de la fréquence plus grande là qu'ailleurs de leur occasion — de par la multiplicité des prescriptions et la rigueur des règlements — comme aussi de par la nécessité

immédiate de la répression qui les souligne), beaucoup plus de malades que partout ailleurs peuvent être aisément considérés comme de simples délinquants et punis comme tels » (*Les anormaux et les malades mentaux au régiment*, p. 252).

Ces lignes écrites pour le temps de paix trouvent dans les circonstances de guerre une justification et une application de tous les instants. Régis, Pactet et Colin, avaient fait autrefois des découvertes véritables dans les prisons militaires. C'est également à l'occasion de répressions nécessaires que, depuis la guerre, cette question des aliénés méconnus s'est trouvée posée. Déjà, à l'occasion des dernières lois militaires, le Parlement avait indiqué l'importance qu'il attachait à des expertises psychiatriques nombreuses. Les circonstances ont conduit sans doute les juridictions militaires à partager cette impression. Au Centre de Lyon, les expertises psychiatriques qui sont demandées par les rapporteurs du Conseil de guerre sont de plus en plus nombreuses ; certaines, pour lesquelles le rapporteur avait obéi à un scrupule qui pouvait paraître exagéré de prime abord, ont révélé des états pathologiques tout à fait nets, et dont le premier signe extérieur, si l'on peut dire, a été l'infraction pour laquelle les malades étaient poursuivis. Parmi les maladies mentales qui sont le plus aisément méconnues, en raison de la lucidité apparente des sujets, il faut faire une place à part à la *paralysie générale* au début, dans sa phase « médico-légale », à la *démence précoce*, au *délire chronique de persécution*, à l'*épilepsie*.

Il y a d'autre part deux catégories militaires parmi lesquelles on est sûr de trouver des aliénés méconnus en les cherchant, ce sont les *engagés volontaires d'avant la guerre*, et les hommes pris *bons absents*.

Je dis à dessein, engagés volontaires d'*avant la guerre* — car ceux-là étaient bien différents des engagés volontaires, hommes de tout âge dégagés de toute obligation militaire — qui se sont enrôlés pour répondre à l'appel de la patrie. A peine trouverait-on, parmi ceux-ci, quelques déséquilibrés en quête d'aventures. Le niveau moyen des engagements a été très élevé. Mais les engagés d'avant guerre, le fils de famille « qui fait le désespoir de ses parents », le jeune chenapan qui n'a jamais voulu travailler, et que l'*on* engage pour s'en débarrasser, ou bien encore le casse-cou qui veut voir du pays, tous ces gens avaient parmi

eux une forte proportion de névropathes, d'excités et de déséquilibrés.

Quant aux « bons absents », auxquels Haury s'est attaché avec une pénétration et une persévérance méritoires et fructueuses, quelle collection d'imbéciles totaux, d'idiots crétinoïdes, de simples débiles, qui ne sont pas venus au conseil de révision parce qu'ils n'avaient pas de parents et vivaient en sauvages dans leur campagne, ne sachant rien et ne comprenant rien ; quel ramassis de déments précoces, de jeunes persécutés, d'alcooliques impulsifs, de sujets plus ou moins inutilisables et dangereux !

II. — L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE MILITAIRE

L'expertise psychiatrique dans l'armée revêt deux formes principales : simple acte de service quand le médecin est invité par ses chefs hiérarchiques ou par le commandement à fournir un rapport sur un malade déterminé, elle devient un acte formel de l'ordre judiciaire quand elle résulte d'une ordonnance de rapporteur et qu'elle est faite après serment préalablement prêté.

Inutile de souligner que la conscience professionnelle est engagée à égal degré dans les deux cas, mais que, dans la rédaction du rapport d'expertise judiciaire, il faut surveiller le choix des termes avec un soin particulier, le rapport n'étant pas lu nécessairement dans la suite par des officiers familiarisés avec les choses de la médecine, ou la pratique de la psychologie.

On étudiera *à fond* le dossier, que l'on se fera remettre si possible. Il est dangereux de se borner à le compulser sur un coin de table, dans le cabinet du rapporteur, au milieu du bruit, dans ces conditions si défectueuses pour l'attention et la réflexion dans lesquelles sont installés d'ordinaire les services de l'armée. On ne se fiera pas nécessairement aux premiers renseignements recueillis au corps, et l'on ne craindra pas de demander au rapporteur de provoquer des précisions, des enquêtes de gendarmerie dans le pays d'origine, chez les patrons de l'inculpé. On interprétera aussi ces enquêtes, dont la lettre est souvent maladroite ou inexacte, dont le fonds même ne doit être pris

pour bon qu'avec d'extrêmes réserves, mais où l'on peut trouver un détail qui éclaire tout le problème.

On ne se contentera pas des renseignements, à peu près toujours négatifs, en ce qui concerne l'alcoolisme, on le recherchera chez l'intéressé et chez ses ascendants. On cherchera à se rendre un compte aussi exact que possible de ce qu'était le sujet dans la vie civile, avant la guerre — on saura ce qu'il gagnait — et ainsi, par exemple, l'on apprendra qu'un grand débile, qui fait encore bonne figure, était incapable de gagner autre chose que son logement et sa nourriture. On refera, avec le dossier et en interrogeant le sujet, l'instruction de l'affaire, avec cette idée : *préciser le mobile*. Dans les expertises criminelles de la justice civile, il est rare que l'on ait à se poser cette question, mais dans l'expertise militaire on est frappé du nombre d'infractions dont les conséquences peuvent être de toute gravité pour le sujet, et dont le mobile échappe. Il y a là souvent une présomption précieuse de trouble mental, et il se peut que l'on arrive à n'expliquer l'acte délictueux *que* par un tel trouble, ce qui entraîne la solution de l'affaire.

Les dossiers d'instruction sont en général excellents dans la partie qui dépend des rapporteurs. Les enquêtes au corps, les informations diverses et les rapports purement militaires sont souvent entachés d'un parti pris inconscient, qui oriente toute une affaire dans un sens et égare les recherches. Mais les commissaires-rapporteurs aux armées, les capitaines-rapporteurs, leurs substituts et même leurs greffiers près les Conseils de guerre de l'intérieur sont souvent des juristes de carrière, magistrats ou avocats, qui ont l'expérience des affaires et l'habitude de critiquer les témoignages. A mesure que la durée de la guerre a ramené dans ces fonctions, difficiles entre toutes, ceux qui étaient le mieux à même de les exercer, les dossiers se sont améliorés, et la tâche des experts a été de beaucoup facilitée. Nous avons rencontré, mes collaborateurs et moi, le concours le plus bienveillant, le plus éclairé et le plus instructif parfois, de la part des divers rapporteurs de qui nous tenions nos missions. Il ne faut donc pas que l'expert craigne de s'expliquer, de dire ses raisons, même ses scrupules. Il y a avantage cependant, surtout si l'affaire doit aller jusqu'à l'audience, à donner des conclusions très nettes, très courtes et très fermes. Les juges du conseil sont très différents des rapporteurs. On ne peut exiger d'eux ni expérience juridique, ni finesse psycholo-

gique, ni notions médicales. Ils ont une conscience extrême, et un sens très droit, mais très strict, de leur devoir. Ils ne sont pas faits pour interpréter, mais pour sanctionner des témoignages ou des avis. Il faut donc qu'ils ne puissent se tromper sur celui de l'expert.

Si l'on a un service d'hôpital à sa disposition, dans des conditions permettant d'appliquer le régime des détenus, si l'on a un personnel capable de surveiller, et aussi d'observer les inculpés, il faut hospitaliser ceux-ci. L'examen sera dans des conditions infiniment meilleures que dans un local disciplinaire. Du reste, une expertise mentale doit toujours se faire en partie à l'insu de l'intéressé. Jamais vous ne serez mieux fixé sur un aliéné, aussi bien que sur un délinquant non aliéné, que quand vous l'observerez à la dérobée et sans qu'il s'en doute. Faites surveiller son sommeil, prendre note des indications que l'on peut avoir sur ses rêves. Examinez-le avec soin au point de vue physique, à plusieurs reprises. Ne laissez pas passer des crises d'épilepsie nocturne dont on ne vous a pas rendu compte, mais qui ont souillé le lit ou déchiré la langue. Ne négligez pas l'analyse d'urine, au point de vue du sucre comme de celui de l'albumine. Lisez les lettres que l'inculpé écrit, et aussi celles qu'il reçoit.

Quand votre observation sera prête, que vous aurez votre idée faite sur l'affaire, ne craignez pas, avant de prendre la plume, et s'il y a dans votre esprit quelque obscurité, d'aller vous en ouvrir au capitaine rapporteur. Faites-vous renseigner par lui sur ce que l'homme peut encourir, voyez avec lui si, en cas de condamnation, le sursis du front peut être appliqué, si l'état de santé physique et mentale de l'inculpé le permettrait. Puis, ayant bien pris conscience des conséquences possibles de votre rapport, rédigez-le, avec une brièveté militaire et autant de précision que vous pourrez. Certains vous diront que vous ne devez pas vous préoccuper d'avance de ce qui ressortira de votre rapport, que vous n'avez qu'à vous prononcer par oui ou par non, par blanc ou par noir, sur la santé mentale du sujet. Ne les écoutez pas : vous êtes un homme, et c'est un homme que vous jugez, car en définitive, c'est vous, le juge. Vous ne pouvez vous permettre aucune faiblesse, mais vous ne devez non plus tolérer en vous aucune négligence. Et c'en est une, dans ce mandat redoutable que le pays met dans vos mains, que de conclure sans avoir mûri et pesé le sens de votre verdict, et songé à la destinée que vous ferez à cet homme. Soit par indulgence cou-

pable, soit par rigueur excessive, vous pouvez vous tromper, si vous ne savez pas au juste où vous allez.

Si l'homme est de ces inutilisables dont il faut débarrasser l'armée, et si sa responsabilité est nulle ou à peu près, ne manquez pas de dire que la réforme s'impose, et qu'en aucun cas le sursis du front ne serait applicable. Il y a chance que vous receviez l'ordre de présenter le malade à la réforme, après quoi la réforme prononcée servira au général en chef pour déclarer qu'il n'y a pas lieu à suivre.

Gardez copie de votre rapport ; vous pouvez être appelé au Conseil de guerre, et vous aurez besoin de vous remémorer vos arguments. Votre déposition à l'audience doit être uniquement orale. et sans notes.

III. — LES DÉLITS

Sous peine de redites sans fin, on ne peut donner que quelques exemples des délits militaires pour lesquels se pose la question de responsabilité, et aussi des types ordinaires d'aliénés délinquants. Il va de soi que ces exemples ne sont que des indications, et qu'en dehors d'eux toutes les éventualités sont possibles.

§ 1. — La fugue, l'abandon de poste et la désertion.

Voici trois infractions qu'il n'est pas juridique de réunir, et pourtant qu'il serait irrationnel d'étudier séparément, au point de vue de la responsabilité mentale. Ce sont les circonstances et leur durée qui les distinguent, bien plus que des raisons médicales, lorsque celles-ci interviennent. Du reste, pour les troupes en campagne, les trois infractions sont à peu près équivalentes.

La fugue, comme l'a bien montré Régis, est l'élément le plus constant de la délinquance militaire. C'est le plus fréquent, le plus simple, et tous les autres y aboutissent. C'est aussi la réaction naturelle à la fois du coupable et du malade. Déjà en temps de paix la privation de liberté est ce qui pèse le plus au régiment. En temps de guerre les circonstances sont souvent mauvaises conseillères, et ce n'est pas seulement la peur que je veux dire : c'est l'alcool, c'est la fatigue, ce sont les reliquats

commotionnels, ce sont les mille circonstances de la vie du front que nous avons vu préparer les états dépressifs — c'est aussi la longueur de l'effort et la durée de cette vie anormale.

Aussi, dans toute affaire de ce genre, le premier soin de l'expert doit-il être de reconstituer aussi exactement que possible l'état du sujet au moment où le délit a été commis, de se rendre compte de sa santé physique, aussi bien que des circonstances morales et des faits de guerre qui ont pu intervenir. C'est également le devoir du service médical du régiment qui doit, si les loisirs lui en sont donnés, faire une enquête personnelle auprès des camarades de l'inculpé. En procédant de la sorte, on pourra séparer le bon grain de l'ivraie, isoler et punir avec toute la rigueur nécessaire pour l'exemple les vicieux conscients, et saisir au contraire les mobiles pathologiques de ceux qui sont en réalité des victimes.

On verra ainsi qu'il y a moins de fugueurs coupables qu'il n'y en a d'excusables, au moins en partie. On tiendra aussi grand compte de la manière dont la fugue se sera terminée, de sa durée, du chemin parcouru par le fugueur.

Une remarque : il y a des fugues qui sont médicalement inconscientes, mais pour lesquelles la responsabilité pénale du sujet est entière ; ce sont celles de l'*ivresse*, qui, pour le Code militaire, ne doit en aucun cas être considérée comme une excuse.

Il y en a pour lesquelles l'irresponsabilité totale du sujet est évidente, comme le serait n'importe quel acte délictueux commis par lui. C'est le cas du *paralytique général*, qui est parti sous le coup d'une idée délirante et absurde, que très souvent il aura déjà oubliée lorsqu'on l'arrêtera. Si les signes de la maladie ne sont pas encore très nets, on peut être embarrassé, l'individu ne fournissant pas le mobile pathologique.

De même des *déments organiques*, des *alcooliques chroniques avec grosse diminution intellectuelle*, des *urémiques délirants*. Ces types correspondent à un âge moyen plus avancé que pour la plupart des troupes en campagne. Ils se rencontrent assez souvent pour les fugues commises à l'intérieur.

L'homme en état de *confusion mentale aiguë* peut très facilement commettre une fugue, comme nous l'avons indiqué, en vertu de l'automatisme qui le domine. A noter que le fait se produit avec une certaine fréquence parmi les troupes au front — où la confusion mentale aiguë résulte à la fois d'éléments toxiques et émotionnels. A noter également, une fois de plus, l'in-

fluence aggravante de la nuit, qui augmente les hallucinations et le délire. C'est dans ces conditions que se produisent, soit des abandons de poste en présence de l'ennemi, soit des disparitions que l'on interprète comme des redditions volontaires. Il m'a été renvoyé d'Allemagne trois hommes en état de confusion chronique incontestable, dont l'observation psychiatrique datait presque du jour de leur capture, car ils avaient été internés aussitôt dans un asile. Les trois histoires étaient juxtaposables : hommes fatigués, émotifs au surplus, prédisposés, avec appoint alcoolique. Dans un cas en patrouille, dans deux cas en sentinelle, mais toujours la nuit, ils étaient partis à l'aventure, et avaient été ramassés par un poste ennemi. Pour l'un, le caractère pathologique de la fugue avait pu être établi par les dépositions des camarades, et il n'y avait pas eu de suites. Pour les deux autres, il y avait eu condamnation à mort par contumace, affichage à la mairie du domicile, radiation de la famille sur la liste des assistés.

La confusion mentale n'est pas toujours aussi durable que la fugue elle-même, ou tout au moins, quand on retrouve l'individu, il est quelquefois assez bien remis pour que son histoire soit très suspecte. L'irresponsabilité, qui peut se trouver absolue, demande en ce cas à être établie avec beaucoup de soin. Il s'agit alors, en général, de bouffées confuses délirantes, assez courtes, de quelques heures à quelques jours.

Les *délires chroniques de persécution* aboutissent parfois à la fugue, soit sous l'influence d'hallucinations impérieuses, soit en vertu de l'évolution délirante du sujet, entretenue à la fois par des interprétations, des illusions et des hallucinations. C'est un diagnostic toujours difficile, car les délirants qui sont encore à l'armée sont de toute évidence des gens dont le trouble ne s'est pas encore extériorisé, si l'on peut dire. Ils ont fait illusion, et comme, en tant que persécutés, ils sont réticents, la difficulté peut devenir extrême. Joignez à cela l'air de mystère — l'importance que les malades se donnent — des paroles lâchées comme « transmission de pensée » ou « télégraphie sans fil » : il n'en faut pas plus parfois pour créer une suspicion d'espionnage. Mais en interrogeant les sujets on obtient parfois des réponses caractéristiques : « Pourquoi me demandez-vous cela ? *Vous le savez bien* » ou « Je vois bien ce qui se passe ».

Il est tout aussi difficile de reconnaître le caractère maladif de fugues dues aux *délires aigus de persécution*, c'est-à-dire à ces états dépressifs compliqués d'hallucinations et de délire, dont

j'ai montré l'importance au chapitre des états dépressifs. Ces malades s'expriment peu, quand on les interroge, et ils sont parfois très embarrassés aussi pour se rappeler sous quelle influence ils sont partis. Il y a dans un travail récent de Mallet (*Ann. méd. psych.*, juillet 1917, p. 330) une étude psychologique très intéressante de semblables cas, faite précisément à l'occasion de fugues, et qui confirme singulièrement les observations que j'avais publiées. Il montre qu'il ne s'agit là, ni de dégénérés, ni de débiles, mais de gens chez lesquels, après une incubation, ont apparu des hallucinations, et un délire de persécution. Les hallucinations auditives peuvent être nettes, comme une voix distincte, ou bien au contraire c'est simplement la pensée qui se précise, sous forme d'obsession impérative : « Dans ma tête, on aurait dit qu'on me disait : va-t-en là-bas, tu vas les voir [ses frères]. -- Etait-ce une voix ? — Oui. La voix de quelqu'un ? — Non. — Qui arrivait par les oreilles ? — Non, dans la tête. »

Ce n'est qu'à une période un peu plus avancée du délire, au bout de quelques jours, et peut-être plus souvent quelques semaines, que l'hallucination auditive se manifeste nettement. Au début, ce sont ces impressions « dans la tête » qu'il faut savoir chercher, car leur influence est considérable sur la conduite de l'individu.

Ces formes délirantes sont voisines de la *mélancolie*. Celle-ci a donné lieu à un certain nombre de fugues, surtout quand elle revêt la forme du *délire anxieux*. C'est alors une fuite, qui peut être rapide, éperdue même, dans un paroxysme délirant, le sujet se croyant condamné, menacé d'exécution, de tortures. Mais le mélancolique est plus généralement passif, et c'est à l'occasion de délits commis par inertie, mauvaise volonté apparente, que nous le retrouverons en prévention de Conseil de guerre.

La *débilité mentale* conduit à la fugue de bien des manières différentes, moins souvent pourtant qu'on ne pourrait le croire, parce que le débile est docile. Sa mentalité « grégaire » le maintient à son unité, comme le mouton dans le troupeau. Mais aussi subit-il les influences plus qu'un autre, et est-il parfois victime de l'ascendant d'un délinquant pervers. Il y a quelquefois des fugues *à deux*, et dans le nombre, il est fréquent qu'il y ait un débile, surtout si c'est lui qui a de l'argent. Celui qui veut déserter lui fait la leçon, s'arrange pour avoir l'air lui-même d'avoir subi son influence, puis, après coup, il le dépouille et l'abandonne.

Quand le débile part seul, c'est assez souvent aussi à la suite d'une suggestion, consciente ou inconsciente, venue d'un camarade. Il part au hasard — mais en général pas du côté où l'on se bat, et c'est la différence avec le dément ou le confus en plein délire. Il s'en va, de préférence au dernier cantonnement où il se trouvait avant de « prendre les tranchées » s'il était en première ligne au moment de la fugue. Ou bien, si celle-ci se produit pendant le séjour au repos, ce qui est plus fréquent, on le trouve errant, dans le voisinage du cantonnement, assez empêtré de lui-même et de sa situation.

Quand, à la débilité mentale s'ajoute un *délire*, mystique, prophétique par exemple, le cas est plus simple au point de vue médico-légal. Les premiers temps de la guerre, on voyait des gens qui se croyaient investis d'une mission pacificatrice, qui écrivaient des lettres aux chefs d'armées et aux souverains. Les asiles ont recueilli depuis cette clientèle, qui ne s'est pas renouvelée.

Les *épileptiques* soulèvent un problème médico-légal, de la plus haute importance, et presque toujours difficile à résoudre. En effet, ils peuvent présenter une irresponsabilité absolue à un moment déterminé, d'une manière soudaine, alors que rien ne faisait prévoir leur état. D'autre part ils sont absolument normaux dans l'intervalle des accès, et enfin, comme nous l'avons indiqué plus haut, ils peuvent avoir des impulsions conscientes et une lucidité entière, alors qu'ils sont cependant sous une influence pathologique.

En ce qui concerne les fugues épileptiques par automatisme ambulatoire, avec inconscience totale, la fugue de l'individu qui se retrouve, sans comprendre comment, loin de l'endroit d'où il est parti, un point est aujourd'hui bien établi : la perte complète de connaissance est courte — et ne dépasse pas quelques heures. L'épilepsie pourra donc être invoquée et surtout recherchée à l'occasion d'une courte absence, de l'abandon de poste, plutôt que de la désertion proprement dite. S'il y a eu des témoins de la fugue, sa nature épileptique pourra être déduite de sa soudaineté, le sujet se mettant à courir devant lui sans tenir compte des appels, capable de violences à l'égard de ceux qui tenteraient de l'arrêter. C'est l'épilepsie *procursive* des anciens. Il faut ajouter qu'elle est très rare. En réalité le diagnostic se fait surtout par les commémoratifs et la constatation de crises authentiques au cours de l'instruction. La difficulté provient de ce que beaucoup d'épileptiques n'ont guère que des crises nocturnes, ce qui fait que les

camarades ignorent la maladie. Un épileptique vu par Verger, et qui avait fait un abandon de poste étant en sentinelle double, n'avait que des crises nocturnes, dont il s'apercevait simplement parce qu'il avait son pantalon mouillé. Comme bien d'autres, il avait cherché à dissimuler le plus possible son infirmité. Chez certains épileptiques, la fugue est un équivalent habituel ou tout au moins fréquent des crises.

Le véritable automatisme ambulatoire, celui par lequel des gens se sont trouvés un jour à Bombay ou à New-York sans se l'expliquer, c'est de l'*hystérie*, et la fugue est l'une des occasions par lesquelles l'hystérie, dont les manifestations concernent plutôt le système nerveux que l'état mental, trouve sa place dans cette étude. Il y a eu certainement des fugues de ce genre depuis le début de la guerre, de même qu'il y a eu quelques grands accidents hystériques (léthargie, paralysies, etc.). Mais il ne semble pas qu'elles aient donné lieu à des publications, ce qui est peut-être préférable, en raison de l'influence suggestive de ces faits. On peut admettre, du reste, qu'il n'y a pas d'hystérie monosymptomatique, surtout limitée à des phénomènes de ce genre, et que l'on ne risque pas beaucoup d'erreurs à ce sujet. Quand une fugue semblera présenter les caractères de la fugue hystérique, l'examen et les commémoratifs feront le diagnostic.

Jusqu'ici nous avons envisagé des cas où le délinquant était en état de démence, au sens du Code pénal — c'est-à-dire ne se rendait pas compte de son acte ou de sa portée — ce qui aboutissait à l'irresponsabilité totale. Il y a des exemples, beaucoup plus nombreux, de fugues ayant un caractère pathologique, mais pour lesquelles l'irresponsabilité de leur auteur est contestable ou tout au moins demande à être démontrée et précisée.

Le *déséquilibré* fait des fugues à la moindre occasion. Nous avons indiqué son instabilité, son indiscipline habituelle, l'impossibilité de l'adapter d'une manière durable à son milieu. En temps de paix, c'est la récidive incessante de fugue qui le conduit dans les sections disciplinaires. En temps de guerre, il n'est pas arrêté par les conséquences de son acte. Il part, soit par le fait d'une impulsion subite, sans raison — soit à la suite d'une période de quelques heures ou de quelques jours, pendant lesquels il est inquiet, comme anxieux, « il a le cafard ». Puis l'obsession triomphe, et il part. Il se rend bien compte de ce qu'il fait; mais il ne peut pas résister. Parfois une attirance sexuelle se mêle à l'impulsion vagabonde, à la « dromomanie ». Mais

elle sert surtout d'occasion. La tendance est chronique et incurable. Très souvent elle date de l'enfance, et l'on retiendra la recommandation de Régis, qui conseille, en pareil cas, de faire porter l'enquête sur la vie scolaire, où l'on trouve des exemples d'école buissonnière invétérée. Ces gens, dont la fugue n'est qu'une des manifestations de l'impulsivité habituelle, sont particulièrement désarmés vis-à-vis d'elle. En temps de paix, avec des délais plus longs avant que l'homme soit porté déserteur, le commandement peut quelquefois s'accommoder des absences illégales très courtes ; en guerre, il n'y a plus moyen. Quand on est en présence d'un cas net, où les fugues sont indépendantes d'un appoint alcoolique évitable ou d'un mobile intéressé, il n'y a qu'à conclure à l'irresponsabilité totale et réformer n° 2.

Je viens de parler de l'appoint alcoolique. Il y a des *ivresses incomplètes et prolongées* qui sont des états « crépusculaires » intermédiaires entre l'ivresse aiguë et la confusion mentale, le premier de ces termes n'entraînant pas l'irresponsabilité — le second au contraire étant un trouble mental certain. C'est question d'espèce. Chez les sujets jeunes, amendables, utilisables militairement, mieux vaut conclure à l'ivresse, et laisser condamner, avec sursis du front. Chez le vieil alcoolique, auxiliaire de l'intérieur, ouvrier d'usine de guerre, qui est parti un beau jour « parce que la mélinite l'empoisonnait » alors qu'elle ne faisait guère que lui donner soif, on peut être plus coulant, d'autant que le rein et le foie étant touchés, l'élément confusion mentale est certainement plus marqué.

Les *commotionnés*, les *traumatisés du crâne* font parfois des fugues dont la nature est difficile à préciser. Laissons de côté celles qui tiennent à une bouffée légitime de confusion mentale, à une crise d'épilepsie larvée, à de l'alcoolisme ou à une manifestation hystérique, et qui rentrent dans les catégories précédentes. Il semble bien qu'il y en ait qui tiennent surtout à une sorte de manque de volonté, d'état psychique ; de passivité. Cet état peut provenir de ce que, se sachant inaptes au front, et estimant qu'ils ont payé leur dette, ces hommes soient moins impressionnés par la discipline, mais il peut aussi être entretenu par la céphalée et le découragement apathique si frappant chez beaucoup d'entre eux. Le problème sera toujours délicat, et reposera sur des détails très minutieux d'examen.

Il y a des *abouliques psychasthéniques* qui n'ont jamais été blessés. Si invraisemblable que cela puisse paraître, il y en a qui

peuvent se trouver déserteurs par le fait de cette aboulie. Ajoutons de suite qu'il s'agit de grands détraqués héréditaires, qui n'ont dû qu'à leur situation de fortune ou de famille, qui les a préservés des difficultés de l'existence, de n'avoir pas eu plus tôt maille à partir avec la justice. Voici un exemple :

X... est un homme de 39 ans, auxiliaire en raison de son mauvais état général (ancienne pleurésie). Il a une situation d'affaires prospère, mais qu'il tient toute entière de ses parents et de ses collaborateurs. Lui-même est un paresseux irréductible, par mollesse de décision, par lenteur et négligence, par manque de courage à se mettre à la besogne. Il n'arrive pas à se lever avant midi, sa vie civile a été grevée de cette perpétuelle hypothèque, qui depuis longtemps l'a fait considérer comme un original, l'a empêché de se marier, lui a fait manquer de nombreuses affaires. Mobilisé comme auxiliaire dans un service de l'intérieur, changé de fonctions à plusieurs reprises, sans doute sur la demande de ses chefs qui épuisaient sur lui leur autorité, il est désigné un jour pour un poste où il a antérieurement séjourné, et dont le climat lui paraît trop rude. Le malheur veut que pour rejoindre ce nouveau poste il doive passer par la ville où il habite d'ordinaire. Les délais de route sont assez élastiques, il lui est possible de s'arrêter. Mais une fois qu'il est chez lui, il ne peut se résoudre à s'en aller. Pendant huit jours il décide qu'il prendra le train suivant, et il reste, jusqu'au moment où sa famille, inquiète de cette permission qu'il est incapable de justifier, le met dans le train qui le conduit à destination.

Il est certain que ces fugues « négatives » ne sont pas des faits uniquement pathologiques, et que le caractère même des sujets, leur égoïsme, leur horreur de tout effort, sont les vraies causes du délit. Une éducation énergique, des sanctions en temps opportun eussent évité des accidents de ce genre. Mais ce ne sont néanmoins pas des faits délictueux comparables à l'acte de l'homme qui, de propos délibéré, s'accorde à lui-même une permission illégale. Le sujet dont il s'agit luttait tandis que s'écoulaient les délais de route, et qu'il glissait à la désertion. Il se rendait compte de sa situation, d'où une anxiété supplémentaire qui retardait la décision. Mais il avait une peur folle du climat où il avait, l'autre année, souffert du froid. Il avait peur du conseil de guerre, peur de la rechute de la tuberculose et de la pneumonie, et il demeurait, à l'inverse de l'âne de Buridan, non entre deux joies, mais entre deux maux.

La poltronnerie. L'émotivité morbide. — Les anormaux, qui ne savent pas se décider, et à plus forte raison, *vouloir*, ne sont guère à leur place au temps où nous sommes. Encore moins les poltrons. Mais au sujet de ceux-ci, il faut s'entendre. Il ne s'agit en aucune manière ici de couvrir des lâchetés, mais seulement de se rendre compte de certains états, dans lesquels les hommes ne sont littéralement pas maîtres d'eux, et par conséquent inaccessibles à toute sanction. Ces cas sont d'ordre pathologique. Toujours, parmi ceux que j'ai vus ou qui ont été publiés, on retrouve, soit une grosse tare mentale héréditaire ou acquise (alcoolisme chronique, syphilis ancienne avec affaiblissement cérébral), soit un fait de guerre (blessure ou commotion). Ainsi ce ne serait, dans ce dernier cas, que l'exagération de l'émotivité générale accrue que nous avons signalée déjà chez les anciens blessés et commotionnés.

Je transcris une observation de Logre, qui est caractéristique :

Le malade, fils d'aliéné, était lui-même, depuis l'enfance, un *anxieux*, un phobique, un *peureux*. Il avait des terreurs nocturnes. Il était obsédé par la crainte des maladies et de la mort. Vers l'adolescence, il était devenu *agoraphobe*, et lorsqu'il se trouvait seul dans la rue, il était obligé, pour traverser les places publiques, de requérir l'assistance d'un agent de police ou d'un passant. Il a présenté quelques obsessions, suicides ou homicides, et des périodes de *psycho-névrose d'angoisse*, avec sensation de mort imminente, terreur irraisonnée, besoin de déplacement et fugues.

Le *séjour au front* devait mettre son émotivité morbide à cruelle épreuve. Dans la tranchée, il était connu de tous comme un *froussard*. Il avait une « peur terrible du canon ». Il sursautait, pâlissait, tremblait, se plaignait de palpitations, d'éblouissements, de sensation de boule à la gorge et de serrement à l'estomac ; il se lamentait et pleurnichait. Il était devenu la risée de ses camarades. « Mais, en réalité, nous a-t-il dit, j'avais *bien plus peur encore de mon émotion que des obus*. Voilà ce que mes camarades ne comprenaient pas. » On l'employait, comme cuisinier, dans un poste un peu moins exposé. Mais, ayant été affecté, de nouveau, dans la tranchée, il n'y tint plus ; avec la complicité d'un camarade plus résolu, qui aide cet indécis à passer à l'action, il s'enfuit, posant ainsi le problème, si intéressant, de la *fugue à deux*, de la fugue collective : il s'agissait, en l'espèce, d'un grand émotif — d'ailleurs indélicat — dominé par un sujet vicieux. Nous avons conclu à une *responsabilité limitée*... Il fut condamné à *deux ans de prison*. Mais après la sentence on voulut donner au coupable l'occasion de se réhabiliter, en l'envoyant de nouveau dans la tran-

chée. On dut l'évacuer quelques semaines plus tard, en raison de son émotivité croissante » (*Revue neurologique*, 1916, n° 7, II, p. 20).

Celui-là est un fragile par hérédité, en voici maintenant un chez lequel la débilité primitive a été accrue par des commotions ; il figure dans une communication très intéressante de Pactet et Bonhomme (Société médico-psychologique, 26 mars 1917, *in Ann. méd. psych.*, juillet 1917, p. 375). Il avait eu déjà quinze jours de prison en 1914, avant la guerre, étant au service depuis cinq mois, pour un retard de trois jours à la rentrée d'un congé de convalescence. Sa convalescence expirait pendant les fêtes de Pâques, il pensait qu'il pouvait bien rester trois jours de plus et qu'il ne serait pas puni sévèrement. Au début de la campagne, il se conduit très bien. En mars 1915, double commotion cérébrale par torpille. Depuis, son caractère change ; avant, il était à peu près indifférent au danger ; maintenant, il ne peut plus dominer son appréhension chaque fois qu'il faut remonter en ligne, et il se sent irrésistiblement poussé à fuir du côté opposé. Aussi, première condamnation à cinq ans de prison. Renvoyé au front, il fait une nouvelle fugue. Son capitaine lui demande seulement de se racheter par une conduite exemplaire. Mais quelques semaines plus tard, troisième fugue.

J'ai eu moi-même dans mon service un homme de 40 ans, entrepreneur de maçonnerie, ayant fait de nombreux excès alcooliques avant la guerre, à tel point qu'il avait dû liquider son affaire qu'il n'avait plus la capacité de gérer. Bon soldat au début de la campagne, les renseignements militaires en donnent la certitude. Un jour il est commotionné, assez sérieusement. Retourné au front, depuis ce jour, *il n'a pas peur des balles, mais il ne supporte ni l'explosion des obus ennemis, ni les coups de départ de nos canons*. Un jour de bombardement, il fait une fugue. En raison de ses bons antécédents, il n'est condamné qu'à trois mois de prison avec sursis. Mais peu après, même aventure. Traduit en Conseil de guerre, il est condamné de nouveau après expertise au Centre de Lyon, dans laquelle j'avais conclu à une responsabilité relative, tout en indiquant que, pendant quelques mois au moins, on risquerait de voir se renouveler la même infraction si on laissait cet ancien commotionné dans la zône des détonations d'artillerie. Présenté, sur ce rapport, et après son retour au front, à la commission de réforme de B. celle-ci n'en tient aucun compte et le maintient service armé.

Dès le retour en première ligne, dans un secteur bombardé, nouvelle fugue et entrée au centre neuropsychiatrique d'armée.

A la suite de la communication de Pactet et Bonhomme, la discussion qui s'est engagée a confirmé l'existence de ces cas où la peur pathologique, du reste limitée en général aux effets de l'artillerie, n'est apparue qu'après accident, la vie militaire du sujet ayant été normale jusque-là. De même Laignel-Lavastine a confirmé l'existence de cas de ce genre chez de grands débiles.

Du reste, la poltronnerie pathologique ne se manifeste pas seulement par la fugue. Rien d'instructif comme cette autre observation de Logre (*Presse médicale*, 9 juillet 1917, p. 395) que j'ai déjà citée, concernant un paralytique général tabétique qui avait des crises d'émotivité extrême avec incontinence d'urine, en entendant siffler les obus. Chez lui les manifestations physiques de la peur étaient d'occasion émotive, mais d'origine organique.

§ 2. — L'insoumission.

Ce que nous avons dit des « bons absents » et du caractère pathologique fréquent qu'ils présentent s'applique à beaucoup d'insoumis actuels. De ceux-ci, on peut dire qu'il y a deux catégories bien distinctes : l'insoumis volontairement traître aux obligations communes ; celui-là se cache, se dépayse, prend un faux nom, et l'insoumis inconscient, qui est, d'une manière ou de l'autre, un affaibli mentalement. Lui ne se cache pas, ne se préoccupe pas de sa situation, et continue son train de vie.

Il y a pourtant parmi ces insoumis qui restent chez eux des gens qui sont au courant de leur situation militaire, mais qui ne veulent pas en tenir compte, en vertu d'une idée délirante. Je sais l'histoire d'un magistrat, qui avait eu il y a une dizaine d'années une confusion mentale aiguë des plus graves, dont il était resté légèrement diminué, ce qui ne l'avait pas empêché de continuer sa carrière. Durant la guerre il fut mobilisé, et au bout de peu de temps, fit un nouvel accès confus. Internement. Réforme temporaire. Au bout de son année de réforme temporaire il avait repris ses fonctions judiciaires lorsqu'il fut convoqué pour la visite par la commission de réforme. Il refuse de s'y rendre, exposant des arguments juridiques absurdes, mais visiblement sincères, d'où il résultait qu'il ne devait pas être soumis à cette visite, et manifestant en même temps des idées de grandeur

caractéristiques. En réalité ce magistrat — que la Chancellerie s'est empressée de mettre en congé — est un dément précoce à évolution lente et paroxystique, et qui s'oriente en ce moment dans la forme paranoïaque.

J'ai vu également un cas de ce genre chez un paysan persécuté interprétant avec revendication. Ce sont des situations que la gendarmerie, dans ses rapports, est d'autant plus tentée de considérer comme des actes de rébellion et de mauvaise volonté que les persécutés sont toujours représentés dans les enquêtes comme « jouissant de toutes leurs facultés ». On prendra donc garde, une fois de plus, en se souvenant que l'insoumis qui ne se cache pas peut bien être un malade.

Il y a des insoumis d'une espèce particulière, qui juridiquement sont portés déserteurs, mais qui, psychologiquement, sont des insoumis, en ce sens qu'ils n'ont pas quitté en fraude et illégalement leur affectation militaire, mais que c'est chez eux qu'ils sont restés au delà des délais. Voici par exemple un commotionné qui a été blessé aussi, très diminué mentalement, homme de plus de 45 ans, ancien alcoolique. Après sa commotion, et à la suite de longues et multiples hospitalisations, on l'a versé au travail des munitions, dans un atelier de chargement. Il obtient un jour une permission agricole, retrouve ses terres en friche, se met au travail, abat une besogne folle les premiers jours. C'est un vieux garçon, sans autre famille qu'un frère plus âgé. La terre est toute sa passion. Elle le reprend si bien qu'après quelques jours, sous le coup de la fatigue, de l'effort, et surtout par le fait de son ébranlement cérébral ancien, il ne sait plus qu'il est encore soldat, et qu'il lui faut rejoindre. Il ne se cache pas, mais de l'aube au soir il travaille, et quand les gendarmes, prévenus par son frère inquiet de le voir prolonger son séjour au pays, viennent le chercher, il n'y comprend rien : il se croyait libéré, étant blessé et d'une vieille classe — ou plutôt il ne savait plus et n'avait pas cherché à savoir. Il était là, il avait retrouvé ses arbres et ses champs, rien n'existait plus pour lui. Il avait été un excellent soldat, et il n'y avait pas moyen de supposer chez lui une exagération quelconque. Pourtant il ne semblait pas fou. L'enquête de gendarmerie a révélé que ses voisins l'avaient trouvé bizarre, et, à l'examen, on est frappé de la diminution intellectuelle considérable. Mais encore faut-il la chercher. Solution : réforme nº 1, non-lieu.

§ 3. — Les actes de mauvaise volonté.

La délinquance du temps de guerre, avec les faits graves qu'elle comporte, laisse bien dans l'ombre la petite délinquance du temps de paix, celle qui se manifeste par des actes de mauvaise volonté, des négligences systématiques ou des refus d'obéissance portant sur des détails infimes. Cette petite délinquance est cependant des plus intéressante au point de vue mental ; elle renferme certainement des cas pathologiques, presque toujours difficiles à élucider. Certains sont des déments précoces, qui font du négativisme. D'autres sont comme ce curieux mélancolique dont parle Haury. Un jour de marche militaire (c'était avant la guerre) il refuse de quitter sa chambre. Lecture du Code, procédure de la constitution du refus d'obéissance, rien n'y fait. Au Conseil de guerre, on a beau le tourmenter de questions, il ne répond pas, ou il n'exprime qu'un oui ou un non, et ne s'explique pas. On apprend qu'à la caserne il a déjà réussi à esquiver l'exercice, en se cachant. A l'hôpital, où on l'a mis en observation, il demeure inerte, évitant les moindres efforts, refusant de soulever son lit, refusant même son repas. Un jour, il demanda à Haury de l'examiner, parce qu'il croyait avoir une maladie de cœur, sa tante étant morte de cette affection. Cette demande est une révélation, on reconstitue tout le délire, qu'il avoue : il ne voulait rien faire par peur d'aggraver la maladie de cœur dont il se croyait atteint, et toute son existence était suspendue à cette crainte.

Dans le même ordre d'idées on se souviendra de l'entêtement extraordinaire des débiles.

§ 4. — Les actes de violence.

J'ai déjà indiqué à propos de la fugue, les caractères anormaux de certaines ivresses mauvaises, en général prolongées. Le médecin-inspecteur Simonin, Haury, entre autres, ont décrit l'ivresse agressive et violente. L'excitation du début de la guerre, la consommation de l'absinthe ont rendu fréquents ces cas jusqu'en 1915. Il semble qu'à l'heure actuelle ils aient un peu diminué, quoi qu'il n'y ait pas besoin des boissons à essences pour les produire. Toute ivresse peut se manifester avec ce caractère d'agression soudaine et terrible. L'homme est ivre, mais il se tient, il a même l'air de raisonner. Puis brusquement, ou bien

il prend à partie l'un des assistants, auquel il n'a peut-être pas jusque-là adressé la parole, et instantanément l'idée du meurtre s'installe en lui et il passe à l'acte. Ou même sans altercation, sans une parole échangée, il tue — par exemple dans la rue un passant inoffensif. Le lendemain il ne se rappelle rien.

C'est la folie furieuse subite, la plus terrible parce que c'est la seule où le sujet « veuille du sang ». Et l'excitation décuplant ses forces, on a les plus grandes difficultés à le désarmer. C'est presque toujours à des prédisposés, hérédo-alcooliques, fils d'aliénés, que ces aventures arrivent. Il faut aussi un appoint alcoolique, mais parfois très faible. En réalité, ce sont des cas intermédiaires entre le délire alcoolique et l'*épilepsie.*

Sans alcoolisme à la clef, l'**épilepsie** peut, elle aussi, produire des impulsions de ce genre, mais c'est infiniment plus rare. Si l'épilepsie est avérée et patente, l'irresponsabilité du sujet sera absolue. Il n'en sera pas de même dans le cas d'ivresse.

Sans aller jusqu'au tragique accès de folie furieuse, l'ivresse peut conduire les prédisposés à divers attentats contre les personnes ou les objets ; mais comme elle ne saurait être une excuse au regard du Code militaire, son influence est ici sans intérêt.

§ 5. — L'incendie volontaire.

L'incendie volontaire est précisément parmi les actes des *alcooliques*, non pas en état de délire continu, mais sous le coup d'un excès épisodique et de l'impulsivité de l'ivresse.

Mais il peut aussi résulter d'*obsessions impulsives* chez des dégénérés ou encore d'une idée délirante passagère, par exemple chez les déments précoces au début ou chez certains débiles. J'en ai observé un cas curieux, reproduit à 48 heures d'intervalle dans le même local militaire, par un dégénéré instruit, névropathe ancien, et présentant aussi des tics inquiétants, des absences curieuses de mémoire, des écarts de conduite, du négativisme, des rires illogiques, qui attestaient le début de la démence précoce. Il s'agissait d'un garçon d'une excellente famille, et la nature pathologique de ses actes avait été indiquée par ses camarades eux-mêmes, frappés de l'absence absolue de mobile. Il a été possible de lui faire avouer l'obsession impulsive à laquelle il avait succombé à deux reprises.

§ 6. — Les intelligences avec l'ennemi.

Il n'y a guère à signaler, dans ce triste chapitre, que deux causes possibles d'irresponsabilité. D'une part, des *délirants*, mystiques notamment, et poussés en même temps par des idées de grandeur, font à l'ennemi, par l'intermédiaire des pays neutres, des ouvertures qu'ils espèrent conduire jusqu'à une paix dont ils seraient les artisans. Le caractère délirant de leurs démarches n'apparaît pas toujours à la lecture des lettres qui sont saisies. Il faut répéter une fois de plus que le délirant persécuté, l'interprétant surtout, est d'une lucidité parfois extrême, qui déconcerte les novices en la matière.

D'autre part, il n'est pas rare que les agents de l'espionnage ennemi nouent des intelligences avec des *débiles* légers, qu'ils sentent malléables et suggestibles, et auxquels ils extorquent des renseignements sans que les hommes s'en rendent bien compte.

§ 7. — Le vol.

Il y a des vols morbides bien caractérisés, celui de la *paralysie générale* au début (période médico-légale) en est le type. Il est commun, avec quelques variantes, à tous les états démentiels. Il est caractérisé par l'absurdité, le manque d'intérêt réel, l'absence de précautions. Il peut être véritablement inconscient, chez le paralytique général notamment, qui prend à l'étalage un objet qu'il emporte sans s'en rendre compte. Il peut au contraire être tout à fait conscient, et résulter d'un obscurcissement passager du sens moral ou du sens critique. Sa nature est en ce cas bien plus délicate à déterminer. Voici un cas, tiré du service :

Un homme d'excellente famille, de toute honorabilité, industriel qui a, dit l'enquête, plusieurs centaines de mille francs de marchandises en magasin, est un ancien blessé et commotionné, versé dans l'auxiliaire et affecté à ce titre à un parc d'artillerie, dans la ville même où est son industrie.

Un jour, il est chargé de faire une livraison avec son camion automobile dans un endroit écarté où se trouve un tas de déchets de cuivre inutilisés. Sa besogne finie, étant seul et sans surveillance, il prend environ 200 kilogrammes de ce cuivre, et avec son camion, l'emporte chez lui. Là, il s'aperçoit de ce qu'il a fait, a une sorte d'angoisse, et se prépare à reporter le cuivre où il l'a pris

lorsqu'on vient l'arrêter. La dénonciation d'un voisin, qui avait assisté à l'arrivée de ce cuivre dans un camion militaire, avait été immédiate et n'avait pas laissé au coupable le temps matériel de reporter sa prise, mais il résulte du dossier qu'il allait le faire très vraisemblablement. L'enquête montre : une syphilis 18 ans plus tôt, du paludisme, un alcoolisme modéré mais constant, des bizarreries nombreuses et anciennes du caractère, des lacunes de mémoire, *un ictus hémiplégique* six mois avant le délit, et un an avant un état commotionnel des plus nets. Physiquement, de l'exagération des réflexes, des pupilles inégales et paresseuses, des secousses fasciculaires des muscles de la face. J'ai conclu à une paralysie générale au début, avec phénomènes un peu analogues à l'ictus amnésique.

J'ai donné cet exemple avec quelques détails, surtout pour montrer les difficultés dans certains cas. Mais en matière de vol il ne faut pas, à mon avis, étendre trop facilement le domaine de l'irresponsabilité. On s'en rendra compte dans le livre de Juquelier et Vinchon intitulé *les Limites du vol morbide*, aussi bien que dans l'expérience quotidienne des expertises. A part les déments, à part aussi quelques individus en état maniaque ou hypomaniaque, les voleurs ne sont pas des irresponsables, et s'ils ont quelque chose de pathologique, c'est plutôt ce *déséquilibre mental* des dégénérés, qui les laisse parfaitement conscients de leurs actes. Si, lorsqu'il s'agit de fugues, on peut admettre assez facilement la difficulté pour eux de résister aux impulsions, il n'en est pas de même pour le vol. Du reste le vol des déséquilibrés a en général un caractère utilitaire, ce qui est très précieux pour établir la responsabilité.

§ 8. — L'escroquerie, le port illégal de galons et décorations, l'usurpation de fonctions.

Il est certainement artificiel de rapprocher ces différents délits, mais il s'agit d'expertise médicale et non de criminologie. Les sujets qui commettent ces diverses infractions sont, bien portants ou malades, de même acabit, et souvent ces inculpations se cumulent sur leurs dossiers. Les unes et les autres constituent des tromperies, qui nécessitent une délibération, une réflexion, une préméditation. C'est dire que, exception faite pour certains faits de port illégal de galons et décorations, ces délits sont des actes conscients au premier chef, dont leurs auteurs sont pleine-

ment responsables dans l'immense majorité des cas. Ces inculpés sont, avec plus ou moins d'habileté et d'aplomb, des chevaliers d'industrie, des gens sans moralité, dont le rôle est rendu encore plus odieux parce qu'ils profitent des circonstances, de la confiance qui va à une croix de guerre ou à un insigne d'aviateur, pour augmenter le nombre de leurs dupes.

Je sais bien que dans le nombre il y a un certain nombre de déséquilibrés. J'ai eu une série d'expertises de cette nature. Mais j'ai trouvé des gens tarés et non des irresponsables. Parfois, il s'agissait de récidivistes, arrivant avec d'anciennes expertises médico-légales ayant abouti à des non-lieu. On invoquait tour à tour la mythomanie, la débilité mentale avec idées de grandeur, les intoxications habituelles par l'opium ou la cocaïne, une syphilis récente, etc. Aucun cependant n'était dupe de lui-même et ne pouvait être considéré comme ayant été un seul instant de bonne foi.

Le déséquilibre mental qui résulte de telles dispositions, habitudes ou maladies, ne saurait être excusable *à priori*, et ne conduit pas nécessairement à la délinquance. Celle-ci garde sa valeur propre, quand bien même l'individu se serait fait remarquer d'autre part par des bizarreries capables de le faire considérer comme malade. Le fait de la récidive après sanction, et par conséquent de l'inefficacité de celle-ci, n'est pas non plus un argument valable pour établir l'irresponsabilité de l'inculpé. Il ne peut, au mieux, que faire considérer celui-ci comme l'un de ces déséquilibrés nuisibles dont la place n'est pas à l'asile, d'où ils s'évadent, et qui, faute d'établissement spécial, doivent rester à la prison. L'expertise psychiatrique militaire, qui a une tâche si difficile en ce qui concerne les délits contre la discipline, se déconsidérerait si elle se laissait aller à innocenter des fripouilles.

J'ai fait une exception pour certains cas de port illégal d'insignes et décorations. Deux éventualités bien différentes : dans l'une c'est un simple soldat qui a arboré un jour, notamment après une attaque, les galons de caporal, et qui se trouve poursuivi parce qu'il n'a aucun titre régulier à ce grade. Il s'agit en général d'un débile, qui peut être de bonne foi, et qui a pu retenir, d'un mot d'encouragement ou d'éloge d'un chef mort depuis, la conviction qu'il était régulièrement promu. Les Conseils de guerre sont souvent durs pour des cas de ce genre, s'attachant un peu trop à la lettre des règlements, et poursuivant de pauvres

diables pour escroquerie en raison de la différence entre la solde de soldat et celle de caporal qu'ils auront touchée pendant quelques jours.

L'autre cas est tout différent. Il s'agit de grands débiles délirants, ou de déments, paralytiques généraux surtout, qui, comme des malades d'asile, se décorent sans raison, mais aussi sans but et sans profit. Il y a loin d'eux aux délinquants de tout à l'heure, et il suffit d'un examen rapide pour se rendre compte de leur irresponsabilité.

IV. — QUELQUES TYPES

En outre des indications d'ordre général qui précèdent, il peut être utile de souligner les caractéristiques de certains de ces malades, étant donné surtout que ce petit livre s'adresse à des médecins dont l'expérience n'est pas spécialisée ; les psychiatres de profession voudront bien être indulgents pour cette schématisation excessive.

§ I. — Ceux qui réclament.

Ce n'est pas toujours comme accusés que les aliénés peuvent comparaître devant la justice militaire ; vis-à-vis d'elle, ou de l'administration de l'armée, ils font parfois figures d'accusateurs, ou de plaignants. Il s'agit alors de délire de persécution par interprétations délirantes, délire de revendication, fondé sur une erreur initiale, à l'occasion de laquelle la nature particulière du sujet a ordonné tout un délire.

Ces revendicateurs sont, rarement, des *inventeurs*, qui obsèdent l'autorité de pétitions et de démarches ; ce sont plutôt des sujets, officiers notamment, *qui se croient victimes d'une injustice*, ou de l'animosité d'un chef. Peu à peu leur réclamation monte de ton, elle arrive à oublier toute discipline, une sanction intervient. Elle surexcite alors les instincts revendicateurs, qui ne s'arrêteront plus. Puni, condamné, ou considéré comme malade, le sujet agit de même : lettres, démarches, réclamations, pétitions, en dernier lieu réactions dangereuses. Donc être prudent vis-à-vis des gens mis en observation à la suite de réclamations excessives. Ne pas hésiter à prendre à leur égard les mesures qui s'imposeraient, et ne pas s'en remettre de ce soin à

un organisme suivant sur lequel on évacuerait le sujet, lorsqu'on a le pouvoir de trancher. Mais aussi ne rien dire devant lui qui puisse lui servir pour fortifier son délire à l'encontre de l'un de ceux qu'il considère comme ses persécuteurs.

Ces revendicateurs sont excessivement lucides. Leur raisonnement pèche par la base, mais, à part ce détail, il se tient merveilleusement. Si on ne remonte pas à l'origine, on peut se croire en présence d'une victime. Imprudence sans égale si on laisse voir cette impression. Car, plus tard, on sera obligé de battre en retraite, et le persécuté en déduira que vous êtes, à votre tour, gagné par ses persécuteurs.

§ 2. — Ceux qui s'accusent.

Un homme vient trouver l'un de ses chefs, et très naturellement, il lui dit : « Voilà, je suis parti avec X., il y a une heure ; nous en avions assez, nous voulions rentrer chez nous. Puis il n'a plus voulu, il y a eu des mots entre nous, et puis je l'ai tué. » Un autre racontera qu'étant en sentinelle il a vu venir un Boche, qu'ils ont causé, qu'il a donné des renseignements au Boche, et qu'il s'en repent.

Faites l'expérience. Sur des auditeurs non prévenus, et surtout sur ce milieu si éminemment suggestible qu'est le milieu militaire, où la franchise donne tant de poids à la parole, l'auto-accusation prend toujours ; suivant l'expérience ou la prudence de ceux qui reçoivent les confidences, elles prennent plus ou moins. Certains se disent : on va vérifier. Mais beaucoup accueillent sans un soupçon ces déclarations. Si l'homme présumé tué est vite retrouvé, l'auto-accusateur sera pris pour un fumiste et traité en conséquence. Mais si la prétendue victime partait justement en permission ? Ou si l'incident est survenu un lendemain de combat, où il y a eu des disparus ?

A Paris, les commissaires de police ont l'habitude. Quand un homme vient leur annoncer qu'il a coupé sa femme en morceaux, c'est à peu près comme s'il venait leur dire qu'il est Napoléon VI. On lui répond : « Très bien, prenez donc la peine de monter avec nous dans cette voiture ». Et l'on se dirige vers l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Mais il faut avoir l'habitude. On l'a facilement, partout où l'on boit beaucoup. Car ces coupables qui s'accusent sont tout simplement des alcooliques. Quelques heures après leur aveu, ils ne s'en souviendront même pas,

mais s'ils sont mal tombés, ils ne sont pas au bout de leurs désagréments.

Il y en a d'autres, dont les aveux sont difficiles aussi à apprécier à leur vraie valeur. Ce sont des mélancoliques, à la voie basse et à la mine défaite, qui ont bien l'air de grands coupables. S'ils s'accusent de niaiseries ou de délits trop invraisemblables, cela va bien, mais ils peuvent s'accuser d'intelligences avec l'ennemi, ils peuvent dire qu'ils sont causes de la mort de tels de leurs camarades, et surtout, ils restent dans le vague, ce qui est bien plus dangereux. L'alcoolique de tout à l'heure, jouet d'une hallucination, s'accuse avec précision ; il fournit sur son crime des détails troublants, mais qui, vérification faite, servent précisément à en montrer l'inanité. Le mélancolique parle peu, et ne précise guère : il en serait bien embarrassé. Son délire est une impression générale d'anxiété et de remords. Ce n'est que secondairement qu'il l'attribue à une faute dont il se serait rendu coupable. On le presse de questions, il ne sait plus, il gémit, il a l'air de regretter tout à la fois son crime et ses aveux, il joue bien mieux son rôle de criminel.

§ 3. — Ceux qui avouent trop facilement.

Haury a bien souligné le caractère de certains hommes, apathiques à l'excès, mous, paresseux, négligents, types passifs mais complets de mauvais soldats, qui un beau jour, soit qu'ils aient fait une faute, comme une fugue, soit qu'ils soient simplement soupçonnés d'un délit dont l'auteur est inconnu, ont à répondre à un interrogatoire. Un observateur attentif se rendra compte qu'ils répondent par oui ou par non, mais qu'ils semblent égarés et perdus, en tous cas inertes, si on leur demande une précision. En réalité on leur souffle leurs réponses : « Vous êtes allé à tel endroit. — Oui. — Vous avez fait telle chose. — Oui. — Vous aviez un complice. — Oui. — C'est un tel. — Oui ». De telles déclarations font très bien sur un procès-verbal d'enquête, et cependant, si une autre personne interroge le même sujet un instant après, avec une autre présomption, et par conséquent en le suggestionnant autrement, elle obtiendra des « aveux » absolument différents.

Ces hommes sont des débiles mentaux, sur le chemin de la démence précoce. Leur apathie chronique est voisine de la stupeur, ou tout au moins de cet extrême détachement des choses

qui traduit le crépuscule mental de certains déments précoces. S'ils ont fait une fugue, c'est dans un instant de confusion, ou mieux d'arrêt cérébral. Ils ne savent pas ce qu'ils ont fait. Ils sont, sous des apparences encore présentables, aussi abrutis qu'un vieil ivrogne en plein accès ébrieux. Et comme lui, ils redisent volontiers ce qu'on leur suggère, parfois le confirmant simplement par oui ou par non, *parfois répétant en écho la question posée*. Experts, méfiez-vous des hommes qui par leurs aveux semblent faire si grand honneur à votre perspicacité.

§ 4. — Ceux qui ont l'air de se moquer de vous.

Ne vous fâchez pas contre ceux qui ont l'air de se moquer de vous, vous perdriez vos moyens, et il faut absolument que vous sachiez si ce sont ou de mauvais drôles, ou des déments précoces, dont le rire subit, un peu explosif, est un symptôme si précieux et si hâtif, ou bien simplement des débiles, des niais, qui sourient éternellement, d'un demi-sourire qui serait fin s'il ne durait qu'un instant. Oh ! ce sourire du débile, il est exaspérant. Il est comme la plainte exagérée ou injustifiée que le débile poursuit parfois contre une infirmité ou un malaise sans importance, c'est un accessoire de la mendicité qui caractérise sa nature. Le débile sourit, pour que les gens et les choses lui soient favorables, ou bien il sourit sans savoir pourquoi.

Certains persécutés aussi sourient, d'un sourire singulier, plein de mystère. C'est quand ils se rendent compte d'un détail nouveau, qui vient confirmer leur conviction délirante, quand ils ont une « preuve » de plus. C'est le sourire satisfait de l'homme à qui l'événement donne raison, et c'est en même temps le sourire supérieur de celui à qui l'on n'en fait point accroire. Ou bien c'est le sourire, moqueur en effet, mais hostile aussi, du persécuté réticent qui vous voit battre les buissons et qui ne dira pas son secret.

Mais de tous, c'est le dément précoce qui est le plus déroutant, le plus insolent, peut-être aussi le plus difficile à identifier.

§ 5. — Ceux qui ont le cafard.

Ne soyez pas apitoyés trop facilement par ces anciens « joyeux » ou par ces coloniaux qui vous diront que s'ils ont tiré une bordée, c'est parce qu'ils avaient le « cafard » et que, lorsque le

cafard les prend, il n'y a plus rien à faire qu'à attendre qu'il ait passé. Le cafard a bon dos. Les médecins militaires qui, avant la guerre, l'ont étudié de près, et longtemps, nous ont montré la part de l'alcoolisme dans cet état d'obsession et d'impulsion. Chez des prédisposés, il est possible que cet appoint soit moins important, mais il demeure de beaucoup la grande cause à la fois de l'état de trouble, et de l'acte impulsif lui-même.

§ 6. — Ceux qui sautent le mur.

Nous nous sommes expliqués sur les fugueurs, et aussi sur les déséquilibrés indisciplinés. Mais parmi les sujets de cette double catégorie, il y en a vraiment qui abusent. Il y en a qu'aucune discipline ne peut tenir enfermés, qui s'évadent de tous les lieux d'observation, de tous les locaux disciplinaires ou de répression, simplement par un instinct sauvage de liberté, sans qu'il y ait ni tendance dipsomaniaque, ni appétence sexuelle dans leur histoire. Ces gens, précisément parce qu'ils ne sont pas nécessairement des tarés alcooliques, peuvent faire d'excellents soldats, surtout comme troupe d'attaque pour un effort déterminé. Ils sont le bon élément des indisciplinés.

Il y en avait un certain nombre parmi les anciens légionnaires ; il y en avait aussi parmi les condamnés par contumace pour désertion, rentrés en France à la mobilisation. J'en ai vu dont l'état signalétique portait une série de désertions, d'insoumissions, et auxquels on n'avait jamais pu reprocher autre chose. Nous les retrouverons à propos des solutions ; en ce qui les concerne, la décision n'est pas toujours commode.

Il va de soi que ces gens ne sont qu'une minorité infime parmi tous ceux qui sautent le mur. Mais pour eux, le geste est comme symbolique : il constitue toute leur délinquance, tout leur état pathologique, et il se reproduit quoi qu'on fasse. C'est proprement ce qui les distingue des mauvais sujets.

§ 7. — Ceux qui n'osent plus revenir.

Ils sont bien un certain nombre, parmi ceux partis illégalement, qui ont prolongé leur absence simplement parce que l'heure ayant sonné où ils étaient portés déserteurs, ils n'ont plus osé revenir. Cela se voit chez des enfants qui font l'école buis-

sonnière, comment cela ne serait-il pas chez ces hommes auxquels un moment de liberté volée doit coûter si cher ?

De fait, ceux-là sont de grands enfants, ce sont des débiles surtout, suggestionnables mais sans décision et sans volonté ; ils ont subi l'entraînement d'un camarade ou l'attrait d'un désir. Ils sont partis en se disant qu'ils pouvaient bien s'accorder ces petites vacances, qu'ils rentreraient à temps pour que cela ne soit pas grave, et qu'ils ne seraient pas punis, ou seulement très peu. Les circonstances ont été plus fortes qu'eux-mêmes, et ils ont été pris. Avant la guerre, Rebierre leur avait consacré une jolie étude, le *Timide délinquant*.

Assurément il ne faudrait pas que le fait d'avoir prolongé l'absence fût interprété comme une excuse, mais quand il est établi que le coupable n'a pas osé rentrer, c'est une indication sur son état mental, et la possibilité de trouver là une explication. Cette timidité particulière ressort parfois des faits. Certains de ces sujets, qui avaient dans l'armée une situation très supportable, même sans risques, comme auxiliaires de vieilles classes, par exemple, ont mené au cours d'une fugue, une existence affreusement misérable. Il ne tenait qu'à eux de rentrer dans la vie normale, mais ils n'ont pas osé, craignant plus encore le moment où ils devraient se livrer que les sanctions elles-mêmes.

Certains ont été vus rôdant au voisinage de la caserne, dans l'espoir qu'on viendrait les arrêter et leur éviter l'effort de la détermination.

Quand les choses en sont à ce point, il est bien certain qu'il ne s'agit pas de gens normaux. Ce sont, avec beaucoup d'autres, de grands enfants, dans cette famille immense qu'est l'armée, et où il est si difficile de concilier une discipline, plus indispensable que jamais, avec l'individualisation de la peine et avec une certaine souplesse dans les moyens de répression.

A ce point de vue médico-légal, qui se présente bien avant l'instruction devant le Conseil de guerre, et dès l'enquête au corps de troupe, le médecin instruit peut être un auxiliaire précieux pour le commandement. Lui seul pourra donner les raisons médicales par lesquelles certains sont à encourager, d'autres à punir, certains à conserver sous une surveillance ferme, d'autres à éliminer au plus tôt, parce que, ici comme dans la famille, l'exemple est le plus puissant moyen d'éducation.

CHAPITRE II

SOLUTIONS MILITAIRES

Les malades atteints de troubles mentaux doivent être traités dans des formations spéciales, par un personnel aussi familiarisé que possible avec leur état. Après traitement ils peuvent être l'objet d'une série de mesures, soit provisoires, soit définitives.

I. LE TRAITEMENT DANS LES SERVICES SPÉCIAUX

Il faut distinguer : l'organisation des services, les entrées et les sorties.

§ 1. — Organisation des services. — Discipline générale.

Les services sont en général aux armées des services de neuropsychiatrie, tandis que dans l'intérieur du territoire les centres sont divisés en centres de neurologie et centres de psychiatrie. Cette communauté d'origine et cette division ultérieure correspondent à une idée très juste, qui est la suivante : le triage et le classement des malades atteints de troubles mentaux doit se faire par une série d'étapes successives, qui ont pour résultat, à la fois d'amener chaque malade dans le service le mieux disposé pour le recevoir, et aussi de ne pas mettre d'une manière hâtive des malades aigus dans un milieu d'aliénés chroniques.

Tout au long de ce livre, on a vu fort peu d'aliénés, et beaucoup de gens atteints de troubles transitoires, ou au moins récents. Il ne faut pas, même s'ils présentent en apparence des troubles mentaux sérieux, qu'ils soient placés sans transition avec des aliénés, comme on a dû le faire trop souvent au début.

Le service spécialisé, qu'il soit dans la zône de l'avant, dans la zône des étapes, ou dans celle de l'intérieur, reste un service de *médecine*. Il doit être installé et outillé comme tel.

En ce qui concerne les centres de la zône de l'avant, des considérations militaires autant que médicales doivent régler leur installation. et l'on ne saurait donner d'indications générales. Pour ceux de la zône des étapes, qui doivent être aménagés pour recevoir des malades en assez grand nombre, et les traiter pendant plusieurs semaines, il faut prévoir un nombre de lits — évidemment variable avec la zône à desservir, mais suffisant. Il faut pouvoir isoler un certain nombre de sujets dans des chambres, à un ou deux lits. Ces chambres n'ont pas besoin d'être des cellules de force, mais il faut un personnel nombreux pour les surveiller et assurer le service. Dans un centre de zône d'étapes, où les soins doivent être assidus pour une partie des hospitalisés, et où il y a un mouvement important d'entrées et de sorties, il faut compter, pour être dans des conditions normales de service, un infirmier par quatre malades et un médecin par cent malades. Les secrétaires — un pour cent malades, seraient en plus.

Il faut avoir des baignoires et une adduction d'eau froide et chaude bien aménagée. Il est nécessaire d'avoir des salles de repos, différentes des dortoirs, et un espace, de préférence planté d'arbres, pour le repos au grand air ou la promenade des hommes. On ne doit pas sortir du service.

Les centres de l'intérieur sont placés en général dans les villes de Faculté de médecine, qui sont en même temps chef-lieux de régions de corps d'armée, et qui sont pourvues de ressources médicales diverses. Chacun a été installé suivant les nécessités et les possibilités. On a dû se plier aux circonstances et aux constructions existantes plus que dans la zône des armées, où il est plus facile d'élever et de déplacer, suivant les besoins, des constructions temporaires. L'organisation du centre de Lyon, dont une pratique de deux ans et demi nous a montré avantages et inconvénients, est la suivante :

1° Un *service central*, comprenant en ce moment 150 lits, placé dans un grand hôpital complémentaire, où se trouvent également des services de chirurgie et de médecine, ce qui offre des ressources au point de vue du diagnostic et du traitement, et en même temps évite aux malades l'ennui d'être placés dans une formation uniquement consacrée aux mentaux. Ce service

central reçoit tous les malades à leur entrée, les trie, en conserve une minorité en traitement et évacue les autres. Il se compose d'un certain nombre de chambres à 4 lits, dispositif assez commode pour les mentaux, surtout lorsqu'on ne dispose pas d'un personnel suffisant — de chambres plus grandes, de réfectoires, pouvant servir aussi de chambres de repos, et de salles de bains. Les malades, qui ne peuvent sortir de l'hôpital que très exceptionnellement, ont une vaste cour. Le service est au rez-de-chaussée et au premier. Les fenêtres ont été munies de grillages et l'escalier d'une installation de fortune destinée à rendre plus difficiles les suicides par précipitation.

2° Diverses *annexes*, qui comprennent : un hôpital auxiliaire installé dans un couvent, pourvu de nombreuses chambres, et qui sert au traitement des cas légers, des psychonévroses, et à l'hospitalisation des officiers peu atteints ; différentes formations destinées à recevoir des malades n'ayant pas besoin de traitements minutieux, mais ne pouvant quitter le centre, notamment parce qu'ils sont en instance de réforme n° 1 ; des formations situées à la campagne, pour le traitement sous surveillance médicale de certains déprimés, de blessés du crâne et de commotionnés ; enfin des lits d'asile pour les hommes à interner. Cette dernière partie du service se compose de la Clinique psychiatrique de la Faculté, soit 200 lits, et de deux autres pavillons, le tout à l'Asile départemental du Rhône, à Bron. Au total, le centre de Lyon dispose de 1.020 lits, dont 560 d'aliénés internés. Inutile d'ajouter que si ses disponibilités sont faibles, notamment en lits d'internement à l'asile, c'est qu'il hospitalise à la fois les rapatriés d'Allemagne et les prisonniers aliénés des armées ennemies qui attendent à Lyon leur rapatriement.

Pour que le service puisse remplir effectivement son rôle, il est nécessaire que chaque partie soit pourvue d'un matériel suffisant, d'une installation de bains — et aussi que le personnel ne soit pas trop restreint.

Cette question du *personnel* est une grosse question. J'estime qu'elle doit être résolue de la manière suivante : avoir dans les différentes parties du centre des infirmiers militaires, de deux catégories : en petit nombre des infirmiers instruits, choisis si possible parmi ceux auxquels leur profession donne une certaine habitude psychologique (professeurs, ecclésiastiques), puis un nombre variable de surveillants et de manœuvres. On ne demandera à ces surveillants que de l'obéissance aux consignes.

Quant aux manœuvres, ils pourront être tout juste bons à encadrer les malades valides que l'on fera travailler. La partie importante de l'observation des malades repose sur les infirmiers de la première catégorie. Ce sont eux qui devront se rendre compte des idées de suicide, que les mélancoliques dissimulent si souvent. L'un d'eux surveillera la fouille des malades à l'entrée dans le service, fera mettre de côté les couteaux et toutes les armes. Ces infirmiers auront à surprendre les exagérateurs ou simulateurs, à observer de près les crises convulsives. L'un aura la responsabilité et la direction du service des bains. Il faut que l'infirmier-major soit pris parmi eux, et qu'il jouisse d'un ascendant suffisant sur son personnel et sur les malades.

Mais le personnel masculin n'est pas suffisant. Même lorsqu'il s'y adjoint des éléments volontaires, dont la valeur est souvent très grande, son action ne peut suffire aux détails. En ce qui concerne les malades en traitement notamment, les malades couchés, il est indispensable d'avoir des infirmières. Les confus, les commotionnés, les blessés du crâne sont très sensibles aux petits soins. Rien n'est plus propre à les faire revenir à une vie normale et à dissiper l'élément émotionnel que des soins féminins donnés sans sensiblerie, mais sans négligence. Les femmes sont aussi toutes désignées pour établir les communications entre les malades et leurs familles, pour rédiger les premières lettres, donner des nouvelles, faire comprendre à la femme, qui a peur des troubles mentaux, de quoi il s'agit, lui faire accepter son mari en convalescence, lui apprendre à veiller sur sa sobriété, etc.

Détails oiseux et précautions inutiles, dira-t-on. Certes non. Les malades que nous recevons, et dont on ne saurait assez dire que la majorité sont des victimes de la guerre au même titre que les blessés ordinaires, sont en outre dans un état temporaire de « minorité » morale et presque légale. Le devoir absolu de l'administration militaire, représentée ici par le chef de service, est de leur assurer la sécurité et la direction. Il n'y a pas de psychothérapie individuelle possible pour un chiffre pareil de sujets, et il vaut mieux, pour que l'autorité du médecin ne fléchisse pas, que ce soit certains, ou certaines de ses auxiliaires, à qui incombe cette psychothérapie. Tous ceux qui ont quelque habitude de ces malades se rendent compte de l'influence considérable, en mal comme en bien, que peut prendre sur eux le personnel subalterne. Mais la tâche de celui-ci est si rude, si difficile, si rebutante à certains moments, si absorbante, qu'il faut faire une large

place à l'élément volontaire bien recruté. Quand il aura vu ce dont il s'agit, et que sa vocation se sera affirmée, il rendra des services inestimables.

Il y a des confus — quelle que soit l'origine de la confusion, qui ont besoin d'être rééduqués comme des enfants. Il faut pour cela une patience de femme. Je dois à mes infirmières, infirmières volontaires ou infirmières professionnelles de l'Asile de Bron, d'avoir vu mes malades matériellement bien soignés, avec ces attentions et cette propreté de détails que l'on n'obtiendra jamais d'un personnel masculin. Je leur dois aussi et surtout une aide morale considérable auprès des malades et enfin la rééducation absolue d'un certain nombre d'entre eux.

Les *moyens de traitement* sont ceux auxquels nous avons fait rapidement allusion pour chacun des cas curables : le bain joue un rôle nécessaire chez beaucoup, l'alitement dans les meilleures conditions possibles de calme est également indispensable ; la partie médicamenteuse se réduit à peu de chose.

J'ai dit que la *discipline* devait être très stricte. Il ne s'agit pas seulement de contenir des agitables. Une partie de la population du service est une foule un peu moutonnière, et qui suit volontiers les exemples Un mauvais sujet, un indiscipliné, y fait un mal extrême, si l'on n'y prend pas garde. A son instigation les tentatives d'évasion se multiplient, ou bien des ruses compliquées arrivent à faire pénétrer du vin, moyennant d'universelles complicités.

Il ne faut pas que les malades du service de triage sortent en ville. On serait exposé à des mécomptes, le diagnostic de certains troubles mentaux pouvant, et même devant, être hésitant pendant quelques jours. Ceux qui seront assez bien passeront dès que ce sera possible dans la partie du service (à Lyon dans un hôpital auxiliaire) où ils pourront sortir, mais c'est une mesure qu'il ne faut, ni trop étendre, ni appliquer à certains malades d'un service, les autres restant enfermés. Dans l'intérêt de la discipline, la règle doit être générale. En d'autres termes le service de triage doit être considéré comme un service de « suspects d'aliénation ». C'est au chef de service et à son entourage à trouver les détails et les formes qui puissent faire accepter cette disposition par les malades conscients et calmes. C'est le seul moyen d'avoir une certaine sécurité.

La *correspondance* des malades doit, en principe, être lue. On y trouvera souvent des indications utiles, soit sur les dispositions

de leur famille, soit surtout sur leur propre état d'esprit. Il est entendu que l'on n'appliquera pas cette règle dès qu'il n'y aura plus nécessité. Elle sera indispensable pour les *détenus* préventionnaires.

Les *visites* ne doivent pas être aussi libres que dans un service ordinaire ; elles doivent être strictement limitées comme choix des visiteurs, comme fréquence et comme durée.

Les *livres* et les *jeux* sont à peu près inutiles au centre de triage, nous les retrouverons à propos des annexes.

§ 2. — Entrées. Consultation externe.

Aucune remarque à faire sur les entrées qui se font par la voie normale des évacuations. A tous les degrés, qu'il s'agisse de services de l'avant ou de l'intérieur, elles sont commandées par les circonstances de guerre, auxquelles les services doivent se plier. Il sera cependant prudent de se réserver toujours une ou deux salles pour y placer les entrants. Diverses raisons évidentes font qu'il vaut mieux ne pas troubler les sujets en traitement en intercalant au milieu d'eux, au hasard des places vides, des hommes arrivant du front. Le bon ordre, la propreté aussi, gagneront à ce que ceux-ci subissent une préparation préalable.

Le plus grand nombre de nos entrants de l'intérieur provient de la *consultation externe* du service. C'est là un organisme indispensable et dont le fonctionnement a été aussi utile pour le centre que précieux comme exemple. Bien organisée, dans des conditions de discrétion suffisantes, une consultation de ce genre serait précieuse dans la clientèle civile des hôpitaux. Elle nous a évité un encombrement, inévitable sans ce filtre dans une ville où se trouve une agglomération de blessés et de malades en traitement, une grosse garnison de dépôts, et enfin une foule de travailleurs d'usine, militaires ou militarisés. Au moment des récupérations successives et des arrivées de classe, elle a permis aux médecins chefs de service des dépôts de soulager rapidement ceux-ci d'un certain nombre de débiles mentaux ou de nonvaleurs, elle les met journellement à l'abri des responsabilités qui résultent de la présence d'aliénés dangereux pour eux-mêmes ou pour leur entourage. A plusieurs reprises la consultation a évité le départ pour le front d'hommes qui y eussent été un embarras ou même un péril, comme des officiers paralytiques généraux qui pouvaient encore faire figure dans la vie des dépôts,

mais eussent éprouvé, devant des responsabilités nouvelles, des défaillances peut-être lourdes de conséquence.

§ 3. — Sorties. Annexes. Occupations et travail.

Les malades entrés au service central en sortent, soit par l'une des solutions dont il sera question plus loin, soit par envoi sur les annexes. Pour celles consacrées aux malades internés, nous verrons ce qu'il y a lieu de faire. Mais les autres sont des annexes de traitement, et presque de convalescence. Le traitement doit y être à la fois médical et psychique. Et, comme il vaut mieux, à cet égard, donner aux malades l'impression d'un changement de vie, le fait que les annexes sont éloignées du centre, qui est à certains égards un inconvénient, présente des avantages que l'on n'aurait pas si les sujets étaient restés dans une autre partie d'un même bâtiment.

Médicalement, ce sera la médication tonique générale : hydrothérapie, froide et chaude, régime alimentaire convenable, usage de l'arsenic, du phosphore, de la strychnine — repos et silence relatif.

Psychiquement, ce sera, suivant les cas, la reprise progressive de l'activité. Mais on tâchera surtout, dès que ce sera possible, d'éviter le désœuvrement. Il y a quelques difficultés à cet égard, et il faut saisir le moment où le sujet a besoin qu'on lui apprenne de nouveau l'effort, et où il est capable de le supporter. Quelle que soit la nature du trouble mental, toutes les fois qu'il ne s'agit pas d'un épisode tout à fait transitoire, et qu'il y a eu véritablement maladie cérébrale, la remise en activité du cerveau est lente et pénible.

On n'abusera pas de la *lecture*. Même chez ceux qui ne peuvent s'en passer dans la vie courante, elle est une fatigue, autant par l'effort visuel de fixation qu'au point de vue de l'attention générale. On ne laissera pas non plus les malades jouer trop longtemps à des *jeux* nécessitant, soit un exercice physique exagéré, soit des combinaisons et un effort intellectuel. On partira aussi de ce principe que plus un cerveau a été perfectionné, soit par son développement au cours des générations précédentes, soit par les acquisitions individuelles, plus aussi il est fragile. Les commotionnés intellectuels de profession sont parmi les plus durablement touchés. Il n'est pas rare de voir un officier, commotionné ou trépané, dont le moral est excellent, et qui a la plus

grande hâte de repartir, vous dire : « Sur le terrain, je m'en tirerai toujours, mais surtout que l'on ne me donne pas un emploi de bureau, je ne peux ni lire ni écrire sans que ma tête éclate ».

Il y a des malades que l'on utilisera avec succès à des besognes intérieures de la formation où ils se trouvent. On prendra garde de ne pas exagérer, et de ne pas faire trop travailler courbés ces cérébraux à circulation paresseuse, qui font facilement de la congestion encéphalique. Quelquefois le travail de petits objets, comme en font les blessés, leur rendra plus de services.

Le vrai travail, lorsqu'il est possible, est le *travail agricole*. Mais il faut encore là de grandes précautions. Il est contre-indiqué chez les trépanés dont la cicatrice est douloureuse, surtout chez ceux qui font facilement des bouffées de congestion cérébrale. La même raison ne permet pas de l'appliquer indistinctement à tous les commotionnés, mais beaucoup cependant en sont justiciables. Récemment le professeur Bergonié rappelait les avantages physiologiques du travail de la terre ; on n'oubliera pas ses utiles suggestions.

Par la nature, la forme, l'amplitude et le rythme des mouvements, il constitue un agent puissant d'activité circulatoire. Si l'homme le supporte sans essoufflement, et l'on peut à cet égard graduer l'effort, s'il peut garder pendant un temps suffisant l'attitude penchée en avant, s'il n'a pas une susceptibilité trop exagérée au soleil, les résultats seront excellents. Pour le soleil, du reste, on prendra des précautions. Il ne s'agit pas de constituer des équipes agricoles comparables à celles de permissionnaires valides. On se servira surtout, au début, des heures extrêmes de la journée, pendant lesquelles le risque d'insolation est nul.

Le travail agricole réussit bien chez les commotionnés à crises, quoique d'une manière moins nette qu'à l'égard de l'élément confusion mentale. Mais chez ceux qui ont des crises convulsives d'intensité moyenne ou faible, on peut le tenter, avec prudence toutefois, en raison du danger que présentent les instruments aratoires.

On surveillera ces travaux, par l'intermédiaire d'un personnel de confiance qui ne tolèrera pas qu'ils servent d'occasion à boire. On n'y enverra jamais de déséquilibrés impulsifs, d'épileptiques vrais, ou de commotionnés à grandes crises violentes.

II. — LES RENVOIS AU CORPS

Pour une blessure ordinaire n'ayant pas atteint profondément l'état général, un congé de convalescence n'est pas utile, et la permission réglementaire peut suffire Pour les malades atteints de troubles mentaux, le retour direct au corps, ou après les sept jours de permission, est au contraire l'exception. Toutes les fois qu'il s'agit d'un trouble sérieux, il faut admettre qu'il sera long, ou plus encore que l'homme sera longtemps fragile. Il y a cependant des exceptions.

§ 1. — Le renvoi direct au front.

Certains hommes doivent être renvoyés directement au front, et, quand on ne peut les acheminer sans délai sur leur gare régulatrice, il y a lieu de prévenir le médecin chef de service à leur dépôt en le priant, avec explications à l'appui, de les comprendre dans le plus prochain renfort. Ce sont les déséquilibrés utilisables, les indisciplinés conscients et amendables, et avant tout les alcooliques habituels. Tout homme dont on sait d'avance qu'il va faire une fugue, ou se mettre dans un cas de Conseil de guerre à la suite d'une crise d'ivresse, et qui par ailleurs est apte au service armé et ne présente aucun trouble mental permanent, *ne doit pas séjourner au dépôt.* Ces hommes devraient même être régulièrement privés de leur permission de sept jours, quand ils sont en provenance du front. Nous ne comptons plus les infractions dues à l'ivresse du départ. Les dépôts, avec l'inaction, les heures de liberté, le débit tout proche et les attraits de la ville, développent et aggravent les cas de ce genre.

§ 2. — Le renvoi au dépôt ou à l'usine.

Le renvoi direct, sans convalescence, au dépôt ou à l'usine, correspond à tous les cas légers, et aussi à ceux, assez nombreux, qui ne se prêtaient pas à l'envoi en convalescence, et pour lesquels il valait mieux attendre la guérison complète sous le régime de l'hospitalisation. Assez souvent, en raison des difficultés que présente la psychiatrie pour des médecins non familiarisés avec elle, on ne se contentera pas de mettre les pièces

en règle, mais on adressera au médecin chef de service une note sous enveloppe, indiquant les troubles que le malade a présentés, et au besoin pouvant servir d'indication sur la conduite à tenir à son égard.

Beaucoup de sujets, anciens blessés, confus suite de fatigues ou de maladies, et dignes d'intérêt véritable, sont accueillis à leur retour au dépôt par des railleries ou par une suspicion également fâcheuses pour leur état mental. On préviendra de même, et avec grand soin, lorsque l'on renverra un exagérateur. Au début de la campagne, avant la constitution des centres spéciaux, les persévérateurs et les exagérateurs avaient la partie belle ; en se faisant hospitaliser successivement dans diverses formations, d'où on les renvoyait au dépôt, ils prolongeaient leur situation. La constitution des dossiers, l'envoi dans les centres en consultation a mis un terme à ces pratiques.

III. — INTERNEMENT

Suivant l'organisation matérielle et administrative des centres, il est évident qu'il n'y aura pas lieu d'interner exactement la même catégorie de sujets. Si le centre peut disposer, dans l'asile d'aliénés voisin, d'un certain nombre de lits fonctionnant comme hôpital bénévole, complètement militarisés, il pourra éviter la formalité de l'internement à beaucoup de malades. Si au contraire l'asile d'aliénés ne fonctionne que suivant le mode du temps de paix, on sera obligé d'interner, au moins temporairement, un effectif assez important.

En effet, parmi les malades que nous recevons au service central, deux conditions commandent, sinon l'internement légal, du moins le séjour dans un asile d'aliénés, c'est d'une part la chronicité, pour ne pas dire l'incurabilité — ainsi pour des déments, des persécutés chroniques avec réactions dangereuses, etc — c'est d'autre part l'état, essentiellement transitoire, d'agitation extrême ou de réactions dangereuses. Il faut, pour ces derniers malades, une installation spéciale et un personnel expérimenté, sinon on se trouve condamné à l'emploi abusif et prolongé de moyens de contention d'un autre âge, on fait souffrir d'autres malades par le voisinage de celui qui s'agite, et on risque enfin des accidents. De même s'il y a des idées de suicide nettes. On se souviendra,

pour ces derniers malades, qu'avant le moment du transfert à l'asile, il ne faut à aucun prix les isoler dans une chambre, même avec fenêtre fermée et mobilier restreint. Aucune consigne donnée à un infirmier ne met à l'abri du suicide un malade laissé seul dans une chambre. Mieux vaut de beaucoup le laisser en contact avec des camarades, prévenus et attentifs.

L'internement peut être très court, par exemple pour des alcooliques ou des maniaques qui peuvent, la grande agitation passée, être réintégrés dans un service ordinaire du centre. Aussi est-il avantageux, si le chef du centre n'a pas en même temps autorité directe sur l'asile, qu'il se tienne en communication avec le médecin en chef de celui-ci, de manière à en faire sortir les malades aussi rapidement que possible.

L'internement se fait sous la forme légale du placement volontaire, fait au compte du ministre de la guerre dans l'asile départemental, lorsqu'il y a accord préalable entre l'administration préfectorale et l'autorité militaire. En pareil cas, deux pièces suffisent à opérer sans délai le placement ; c'est un certificat médical, et une demande de placement signée, au compte de la guerre, par le médecin-chef de la formation où se trouve le malade à interner.

Dans les asiles où il n'y a pas de convention établie entre la Préfecture et le Service de santé, celui-ci est obligé de demander au Préfet de prendre un arrêté d'internement d'office, ce qui fait des retards, et parfois de vraies difficultés, les bureaux des Préfectures pouvant différer d'opinion avec le Service de santé sur le caractère dangereux présenté par le sujet et sur la nécessité et l'urgence de son placement d'office.

Comme l'on voit, il y a lieu parfois d'interner des aliénés *curables*. Il convient donc de réagir absolument contre la confusion qui existe trop souvent dans le public, dans les administrations et parmi les médecins, entre hommes *à interner* et hommes *à réformer*. Ce n'est pas du tout la même chose, et si des instructions, antérieures à la guerre, envisagent la réforme comme nécessaire pour tous les internés, c'est uniquement en vertu de l'éternelle méprise entre les troubles mentaux aigus et l'aliénation chronique.

IV. — CONGÉS DE CONVALESCENCE

Les congés de convalescence sont à la fois un mode de traitement et un moyen d'attendre le moment opportun pour la liquidation de certains cas qui ne peuvent être légitimement tranchés avant un certain délai.

Les malades peuvent être mis en convalescence dans leur famille, si celle-ci en fait expressément la demande et a les moyens de les recevoir. Dans le cas inverse, ils peuvent être reçus dans les établissements de l'œuvre d'assistance aux convalescents militaires. Il y aura lieu, avant de faire la proposition de congé devant la commission compétente, de déterminer si le sujet a droit à son prêt et à la solde de présence. La notion d'origine de la maladie, qui a une importance capitale au point de vue de la réforme, et qu'il faut toujours s'attacher à déterminer aussi exactement que possible, de manière à ce que les pièces du dossier soient exactes, intervient comme l'on voit pour les congés.

Qui doit-on mettre en congé ? Le plus grand nombre des mentaux aigus, qui ont besoin de reprendre peu à peu leurs forces. On tâchera de savoir d'avance ce que représente la famille comme milieu d'activité et comme habitudes. On causera avec les parents venus en visite ; on les mettra en garde contre l'alcoolisation « réparatrice » et même contre la suralimentation, à laquelle les familles n'ont que trop de dispositions. Si possible on indiquera à quelle occupation le convalescent pourra se livrer.

On fera bien, également, de mettre en convalescence des gens dont l'état paraît chronique, mais est susceptible de s'amender assez sérieusement, soit par une évolution naturelle, soit parce que le diagnostic peut laisser quelques doutes. Ainsi de certains persécutés peu atteints, de certains déments précoces au début.

D'autre part, on mettra en congé de convalescence des hommes à réformer, temporairement ou définitivement, mais par suite de fait de guerre. Ce congé a un double avantage, il laisse aux phénomènes morbides le temps de s'améliorer ; et cette amélioration est parfois considérable en l'espace de quelques mois. Ainsi le sujet arrive au moment de la réforme avec une incapacité moindre, et les droits de l'Etat sont sauvegardés. D'autre part ce délai permet de constituer le dossier et de faire les enquê-

tes nécessaires. On indique en pareil cas dans la proposition de congé que l'homme devra, à l'expiration de sa convalescence, se représenter au centre d'où il tient son congé. Ces congés de convalescence *avec retour à l'hôpital*, que les règlements n'ont pas toujours autorisés, sont, pour les centres de l'intérieur, un moyen précieux en ce qui concerne les mentaux. Ils permettent, mieux que toute autre solution, de laisser dans la circulation des gens sur l'état mental desquels il y a des suspicions sérieuses, mais qu'il n'y a d'autre part aucune raison suffisante de conserver, pendant un temps parfois assez long, sous le régime de l'internement ou même celui de l'hospitalisation.

Le simple retour au dépôt n'offre en effet aucune garantie pour les malades mentaux soit les plus intéressants, soit les plus dangereux. Pour les premiers, les blessés et commotionnés, l'absence de blessures ou leur guérison rendent très difficile pour le médecin du dépôt de les distinguer des exagérateurs. Quant aux malades dangereux, les persécutés notamment, qui cachent avec grand soin leur délire, ils peuvent, s'ils retournent simplement à leur dépôt, être compris dans un envoi au front, où ils risquent de faire un malheur. Donc, chaque fois que le chef de centre n'aura pas l'impression qu'il peut se décharger de toute responsabilité en ce qui concerne un malade, qu'il le fasse bénéficier du retour à l'hôpital.

Quelle doit être la durée des congés ? — Très longue. Au début de la campagne, il m'est arrivé de proposer des commotionnés confus pour une convalescence de 45 jours et de me croire généreux. De même que le prof. Grasset, qui a insisté à plusieurs reprises sur cette question, je suis revenu de cet optimisme, et, loin d'avoir à regretter des congés trop longs, j'ai chaque semaine la surprise de recevoir une demande de renseignements ou de dossier pour d'anciens malades du service, partis en convalescence et paraissant guéris, qui ont traîné à leur retour de dépôt en hôpital jusqu'à la réforme.

En fait, pour un *commotionné* sérieux, avec perte de connaissance au début, et hospitalisation de un à deux mois (centres d'avant et centres de l'intérieur compris), un congé de convalescence de deux mois est normal. Souvent il sera insuffisant. Quelquefois, surtout s'il demeure des lacunes de mémoire et de la tendance aux bouffées congestives, on peut demander trois mois d'emblée.

De même pour *l'accès confus* léger ou moyen, deux mois sont

un minimum. Ce n'est que pour l'accès très léger qu'un mois suffit. Quant à la confusion mentale grave, la *trépanation* avec plaie cérébrale ou même simplement ouverture de la dure-mère, la *commotion avec persistance d'un syndrome accentué*, par exemple avec signes de paralysie générale, pour tous ces cas il faut trois mois.

De même pour les *délirants chroniques*, les *paralytiques généraux*, les *déments précoces*, trois mois. Même délai pour les *mélancoliques* sérieux, pour les suites d'un accès maniaque franc. Au contraire les *petits déprimés* mélancoliques pourront se contenter de un à deux mois. *On n'enverra jamais en convalescence un homme ayant des idées de suicide.*

On donnera le moins de congé possible aux *alcooliques*, et d'une manière plus générale aux toxicomanes, car il y a quelques morphinomanes ou même cocaïnomanes, rarissimes, qui font des accès de confusion mentale légère.

V. — SERVICE AUXILIAIRE. CHANGEMENTS D'ARME. CAS SPÉCIAUX

Beaucoup de nos malades ne pourront certainement pas repartir dans le service armé ou dans leur arme d'origine. Il y a donc des solutions à proposer quant à leur situation et quant à leur affectation, défalcation faite des gens à réformer, que nous retrouverons plus loin.

Le classement dans le **service auxiliaire** s'applique assez fréquemment, soit à titre de conséquence du fait de guerre, soit comme résultant d'un état indépendant du service.

Il convient aux *commotionnés moyens*, capables de faire un service à peu près régulier, mais demeurant fragiles, et surtout susceptibles au bruit et aux ébranlements. Ceux-là ne doivent pas retourner au front. Même observation pour les *blessés du crâne légers*, avec petite trépanation respectant la dure-mère, ou la table interne, ou encore bonne cicatrice bien ossifiée avec un minimum de troubles congestifs. *En tous cas le blessé du crâne, sauf les cas très légers, est définitivement inapte à tout service à l'avant.*

Même indication pour les *déprimés mélancoliques utilisables*,

certains *confus*, des *délirants légers* et en apparence guéris, pour des *maniaques* à accès rares, pour un nombre considérable de *débiles mentaux*, aptes à servir comme manœuvres, mais dont à aucun degré la place n'est au front. Le malheur est que trop souvent à ces débiles il manque des cadres, et ils finissent par ne pouvoir même pas être utilisés comme manouvriers, parce qu'on change trop souvent leurs sous-officiers ou le travail qu'on leur confie. Ils sont alors perdus, s'affolent ou se referment, et on n'en peut plus rien tirer. Et pourtant, sous l'apparence presque bestiale de leur physionomie, une expression intelligente s'allume lorsqu'il s'agit de ce qu'ils peuvent comprendre, de ce qui est au niveau de leurs capacités ou en rapport avec leurs habitudes. Un débile, qui était dans le service d'une inertie totale, désorienté et peureux et qui paraissait incapable de se conduire, venait d'être réformé ; et au moment de le mettre en route nous prenions des dispositions, devant lui, pour le faire accompagner. Et lui, se mêlant à la conversation : « Oh, je saurai bien reconnaître mon village », dit-il. Ce n'était pas un simulateur ; il ne « faisait pas la bête ». Mais il n'avait qu'un certain nombre d'acquisitions à sa disposition, et ne pouvait s'évader de la routine où il s'était mû jusqu'alors.

Il ne faut pas mettre dans l'auxiliaire des hommes dont l'état doit nécessairement s'aggraver, comme des *paralytiques généraux* au début, même s'il ne s'agit que d'une forme à marche très lente. De même pour les *déments précoces*. Il faut aussi en écarter tous ceux qui peuvent être dangereux à un moment donné. Une exception est à faire pour certains *épileptiques à crises rares*. Ceux-ci peuvent bien, comme nous l'avons vu, être dangereux au moment de leurs crises, par le moyen d'un équivalent psychique. Mais, quand il ne s'agit que de crises revenant de loin en loin, tous les 5 ou 6 mois, *et qu'elles n'ont pas pour caractère habituel de se traduire par des manifestations psychiques*, nous avons pris l'habitude de ne pas réformer, et de proposer pour le service auxiliaire, en prévenant le médecin du corps. Ce détail est indispensable : ces hommes ne peuvent être conservés qu'à condition qu'on ne leur donne pas un service spécialement dangereux — et il faut que leur existence ne soit pas plus menacée par une crise qu'elle ne serait dans la vie civile. Sans quoi la responsabilité de l'Etat pourrait intervenir gravement. Donc pas d'équitation, pas de motocyclette, pas d'automobile.

Au Centre de Paris, Marcel Briand a pris une disposition ana-

logue, qu'il a fait connaître par une communication à la Société de Médecine légale (5 juillet 1915). Il est à remarquer que les commissions de réforme, se considérant en général comme liées par l'article 53 de *l'Instruction sur l'aptitude physique au service militaire* ainsi conçu : « l'épilepsie (mal comitial) constatée motive l'exemption et la réforme », font des difficultés à accorder le classement dans l'auxiliaire. Si l'on ne peut s'entendre avec la commission sur ces cas à crises rares, on peut adopter la rédaction suivante, proposée par Marcel Briand : « troubles nerveux, à manifestations intermittentes, incompatibles, en raison de leur forme, avec le service armé, mais compatibles, en raison de leur rareté, avec le service auxiliaire ».

Il y a avantage à être assez large au point de vue du passage dans l'auxiliaire pour les hommes qui ont des reliquats légers d'*encéphalite*, ou qui sont guéris de *complications cérébrales d'otites*, ou encore pour un certain nombre de *neurasthéniques* et de *névropathes* sans aucune résistance physique, et qui ne supporteraient pas un entraînement sérieux. Pour ceux dont l'appareil circulatoire est suffisant, qui n'ont pas de troubles profonds du sommeil, et qui n'ont aucun soupçon de tuberculose, on peut au contraire, après convalescence, les renvoyer à leur corps, indiquant qu'ils doivent être ménagés au début, et soumis à un entraînement progressif.

Le classement dans l'auxiliaire est donc une solution utile pour beaucoup de cas. Ce serait parfait si le recrutement, mieux renseigné sur les aptitudes physiques ou mentales de chaque sujet, devait l'affecter à un emploi qu'il puisse effectivement remplir. Malheureusement, le recrutement ne possède aucune indication de ce genre ; la commission de réforme ne lui en donne pas, en sorte qu'on peut voir un commotionné, auquel le moindre bruit subit donne des vertiges et des élancements douloureux dans la tête, être affecté à un atelier de chaudronnerie ou à une usine métallurgique quelconque.

Nous sommes, de ce fait, consultés parfois sur des demandes de changement d'arme. On ne peut passer en revue tous les cas qui peuvent se présenter. Il y a, du reste, des aptitudes spéciales à différentes armes, notamment l'aviation (personnel naviguant), pour lesquelles un examen assez sévère de l'état nerveux et mental pourrait n'être pas inutile.

Les cas spéciaux. Les déséquilibrés instables et indisciplinés. — Il y a enfin des cas spéciaux, sur lesquels les difficultés sont toujours assez grandes. J'ai indiqué celui des épileptiques à crises rares. Celui des *déséquilibrés instables et indisciplinés* est bien plus instructif.

Ce sont évidemment des malades, ou tout au moins des mal formés cérébralement. Nous l'avons indiqué plus haut et l'accord est unanime sur ce point. Souvent, en fin de compte, après une vie d'aventures plus ou moins longue, ils finissent dans les asiles, et Haury, notamment, a fait œuvre utile en relevant la présence d'anciens déserteurs français à l'Asile de Bel-Air, à Genève. Mais l'accord existe aussi, entre médecins compétents en la matière, sur un autre point : c'est que beaucoup de ces mauvais sujets seraient parfaitement utilisables, si on savait les prendre et leur confier les besognes pour lesquelles ils sont faits. Cela est tellement vrai que les troupes d'Afrique ont compris de tout temps une proportion notable de tels éléments, surtout parmi les engagés volontaires. La réputation de ces troupes, soit au cours des expéditions coloniales, soit de la guerre actuelle, n'est plus à faire. C'est également une preuve de leur utilisation possible que beaucoup d'entre eux, ayant été réformés pour troubles mentaux, s'engagent à nouveau, et parfois réussissent à se fixer, pour quelque temps au moins. Seulement l'armée n'est pas préparée à les recevoir, elle n'a pas de formations militaires spéciales qui leur conviennent, elle n'a surtout pas un choix suffisant de cadres qui puissent allier une discipline très ferme avec un sens rigoureux de la justice, et même une certaine douceur à l'occasion.

Ce sont des gens très difficiles à mener, c'est entendu, d'autant que ce n'est pas uniquement la force qui les mène. Ils n'ont pas peur de leurs chefs — ils n'en sont pas à un acte d'indiscipline près, et si, croyant les mater, on les poussait à bout systématiquement, cela pourrait avoir le jour de la bataille les plus graves conséquences. Puis ce sont des personnalités encombrantes et des exemples dangereux. Le médecin-inspecteur Simonin, qui les a bien étudiés dans un article de 1909, indiquait les difficultés pratiques de leur utilisation.

Aussi ne faut-il pas trop s'étonner qu'il n'ait pas été possible de donner satisfaction à un vœu émis en juillet 1916 par la Société médico-psychologique, à la suite d'une communication de Nordman et Bonhomme, et d'une discussion à laquelle avaient pris part

notamment Colin, Pactet, Dupré, Lwoff, Trénel, Jean Philippe, Haury, et suivie d'un rapport de ce dernier. Le vœu indiquait que si l'utilisation de ces anormaux est difficile en temps de paix, elle est désirable en temps de guerre, et qu'elle serait possible notamment si l'on créait à l'avant, de préférence au Maroc et au front d'Orient, des compagnies spéciales de sujets ayant subi au préalable un examen mental de la part d'un médecin aliéniste dans un centre spécialisé. Ces hommes ne devraient jamais séjourner dans les dépôts, pour les raisons que j'ai indiquées plus haut à propos des alcooliques.

Le ministère, auquel on avait également demandé la création de groupes spéciaux formés de persévérateurs neurologiques, n'a pas pensé que les difficultés considérables que soulèveraient ces corps spéciaux seraient suffisamment compensées par l'accroissement d'effectifs auquel elles donneraient lieu, et, avec le regret de relever de l'impôt du sang des gens qui, à tous égards, y sembleraient voués, il a prescrit la réforme n° 2 de ceux qui ne seraient pas utilisables dans des unités normales.

VI. — RÉFORME N° 2

Au début de la guerre, on a réformé n° 2 une quantité de sujets, simplement parce qu'ils étaient aliénés, ou qu'on les considérait comme tels. On supposait, en vertu de l'erreur que j'ai déjà signalée, qu'ils étaient des aliénés définitifs et d'autre part voués irrémédiablement par leur constitution à devenir aliénés. Or, de ces sujets, les uns ont guéri, et d'autres étaient des victimes directes de la guerre. Dans les deux cas, la réforme n° 2 était injustifiée. La prédisposition, nous l'avons vu, existe chez beaucoup, mais non à un égal degré.

Aussi les réformes n° 2 sont-elles plus rares à l'heure actuelle. Quand les erreurs du début ont été reconnues, des instructions ministérielles sont venues préciser le devoir des médecins et des commissions, qui, avant de prononcer la réforme n° 2, doivent s'assurer qu'aucun fait de service ne peut être en cause. D'où l'augmentation du nombre des réformés n° 1, comme on le verra plus loin.

Néanmoins, la réforme n° 2 reste la solution nécessaire pour

un assez grand nombre de gens que l'on voit surtout dans les centres de l'intérieur, ceux des armées recevant plutôt des hommes chez lequel le fait de guerre peut intervenir. Mais l'intérieur doit trancher, non seulement le cas de malades qui n'ont jamais pu être envoyés au front, et qui ont encombré plus ou moins longtemps les dépôts, comme auxiliaires ou comme inaptes, mais aussi celui des récupérés, à la suite de visites nouvelles d'anciens exemptés ou réformés, et enfin le cas des réformés n° 2 ou temporaires soumis à la contre-visite par le jeu de la loi Dalbiez et repris à ce moment. Car il faut bien le dire : pour les troubles mentaux, c'est une sorte de rocher de Sisyphe qui retombe perpétuellement sur les centres spécialisés. Nous avons fait réformer des hommes, qui ont été repris au bout de trois mois à la contre-visite, que nous avons réformés à nouveau, et qui, s'étant engagés, nous sont encore revenus pour une troisième réforme.

Les catégories justiciables de la réforme n° 2 et dont l'énumération doit remplacer la formule rapide « aliénation mentale » des anciennes instructions, sont entre autres les suivantes :

Les *psychoses chroniques d'emblée*, c'est-à-dire l'*imbécillité* et l'*idiotie*, la *débilité mentale* (lorsqu'elle atteint un certain degré), les *délires chroniques de persécution*, le *déséquilibre mental*, suivant les indications données au paragraphe précédent, la *psychose maniaque-dépressive*, c'est-à-dire la *manie-mélancolie*, la *confusion mentale chronique*, quand elle n'est pas consécutive à un fait de guerre, la *démence précoce*, les *séquelles importantes de traumatisme crânien en dehors du service*, les *reliquats profonds d'encéphalites* dans les mêmes conditions, l'*épilepsie constatée* (sauf les cas à placer dans le service auxiliaire), le *somnambulisme* également constaté, certains cas d'*hystérie grave*, des *états dépressifs* et *neurasthéniques* anciens, sans rapport avec la guerre, et avec état physique médiocre, la *psychasthénie* constituée (obsessions très graves, phobies importantes) sauf les cas utilisables dans l'auxiliaire, les *démences organiques*, l'*artério-sclérose cérébrale*, le *tabes avec troubles mentaux*, la *paralysie générale,* sauf les cas spéciaux dont nous parlerons plus loin.

Pour un certain nombre de ces malades, et surtout pour tous les déprimés ou névropathes jeunes, susceptibles de s'améliorer au bout de quelque temps, on doit substituer à la réforme n° 2 la réforme temporaire, 1re catégorie, c'est-à-dire sans gratification.

VII. — RÉFORME N° 1 ET RÉFORME TEMPORAIRE AVEC GRATIFICATION

Les faits ayant transformé les idées régnantes au sujet de la réforme des malades mentaux, le ministère s'est trouvé en présence de propositions très différentes dans les cas où le fait de guerre était reconnu. La diversité d'expérience en la matière avait conduit les experts à des divergences qu'il fallait faire cesser. Ce fut l'œuvre d'une réunion de la Société de neurologie et de la Société de Psychiatrie avec les chefs des centres neurologiques et psychiatriques militaires, qui eut lieu le 15 décembre 1916, et où furent discutés deux rapports, celui de Dupré et le mien. La réunion fut d'accord qu'il y avait lieu, dans un nombre important de cas, de faire état des circonstances de guerre, et de conclure à la réforme n° 1, ou plus exactement, le plus souvent, à la réforme temporaire, 2e catégorie, c'est-à-dire avec gratification. J'ai insisté notamment sur l'amélioration lente, mais possible, qui justifiait une révision ultérieure du taux d'incapacité.

En ce qui concerne les *états aigus*, assez durables cependant pour rendre tout service désormais impossible, et dus, soit à une blessure crânio-cérébrale, soit à des commotions, même purement émotionnelles, soit à des toxi-infections, il a été décidé que la réforme serait prononcée avec un taux d'incapacité égal à celui constaté, c'est-à-dire ne tenant pas compte de la prédisposition, et échelonné entre 10 et 100 %. Je rappelle, pour mémoire seulement, qu'en ce qui concerne les trépanés légers, il y a lieu d'accorder très largement la réforme temporaire, plutôt que de les classer dans le service auxiliaire.

Pour les *états démentiels*, ou les *affaiblissements psychiques définitifs*, par traumatisme ou infection, inutile de parler de réforme temporaire. On appliquera la réforme n° 1 avec un taux de 50 à 100 %.

De même pour les *psychoses chroniques post-confusionnelles*, réforme n° 1 avec incapacité de 20 à 80 %.

Dans les *états maniaques et mélancoliques*, si à l'origine du premier accès peuvent être invoqués un traumatisme ou une infection grave, réforme temporaire avec taux de 10 à 40 %.

Deux cas ont soulevé une longue discussion : la *paralysie générale* et l'*épilepsie*.

En ce qui concerne la paralysie générale, la solution adoptée a été la suivante : « réforme n° 2, sauf pour les cas exceptionnels où un traumatisme encéphalique peut être légitimement invoqué dans l'accélération ou l'aggravation de la maladie, auxquels cas on peut appliquer un taux d'incapacité de 10 à 30 %. » Certains membres de la réunion ont fait une vive opposition à ce que les paralytiques généraux reçoivent une gratification, si minime fût-elle, dans un cas quelconque. Leur thèse était que la paralysie générale, affection parasyphilitique dans tous les cas, dépend directement de la syphilis. Peu importerait, dans ces conditions, que les circonstances de guerre aient pu hâter ou accélérer le développement de la maladie. A dire vrai, à leur avis les circonstances de guerre ne pouvaient jouer aucun rôle. J'ai soutenu l'opinion inverse, m'efforçant, en dehors de toute doctrine, de faire prévaloir cette notion de bon sens et de justice que *quelquefois*, exceptionnellement, les circonstances de guerre ne pouvaient pas avoir été *indifférentes* au développement de la maladie.

Il y a les cas de traumatisme crânien — mais il y a aussi des cas sans traumatisme. L'opinion la plus répandue est bien en effet que, si la syphilis est indispensable à l'origine de la paralysie générale, elle est par cela même suffisante, et qu'aucune autre cause déterminante ne peut être invoquée. Cette formule me paraît médicalement inexacte et pratiquement injuste. La paralysie générale n'est pas uniquement de la syphilis ; c'est de la syphilis plus quelque chose, qui nous est inconnu, mais qui n'est sans doute, ni un virus particulier, ni uniquement un terrain constitutionnellement préparé. Les traumatismes, comme Régis entre autres l'a bien montré, les surmenages physiques, intellectuels et moraux, l'insomnie, sont des éléments dont l'observation clinique ne peut méconnaître la valeur.

Ces observations avaient été retenues, elles avaient contribué à faire admettre le taux d'incapacité exceptionnel de 10 à 30 %, mais seulement dans le cas de traumatisme crânien, ce terme étant pris du reste dans le sens le plus large. Néanmoins cette conclusion était très éloignée de celle que j'avais proposée dans mon rapport, élevant le taux éventuel à 40 % et surtout admettant des causes déterminantes telles que le surmenage, dans les conditions que je viens d'indiquer. La Société clinique de médecine mentale et la Société de psychiatrie de Paris, dans une réunion à laquelle ont été convoqués également les chefs de centres, a remis à l'étude cette question, le 7 juillet 1917, sur un rapport

de Pactet, reprenant mes propres observations, et s'appuyant sur elles ainsi que sur les résultats de l'expérience acquise par lui dans ses services du front et de l'intérieur. Son autorité et celle de H. Colin ont fait adopter la formule suivante, qui doit actuellement servir de guide : « Pour la paralysie générale, réforme n° 2, sauf pour les cas particuliers où une enquête *minutieuse* aura démontré, en temps de paix et plus spécialement en temps de guerre, l'influence aggravante du service militaire. En ce cas, incapacité de 60 à 80 %₀ ».

Cette formule très libérale est entièrement justifiée, à mon avis, si elle est prise à la lettre, c'est-à-dire si l'enquête minutieuse apporte des preuves ou tout au moins de très fortes présomptions. Comme exemple : un officier d'artillerie, qui pendant tout le printemps de 1916 est resté, sans être relevé et sans un jour de repos, dans un secteur agité de la région de Verdun. On voit ce qu'ont été ses journées et aussi ses nuits, durant lesquelles il avait en outre à faire l'effort de ses calculs. Il avait, jusque-là, fait sans un accroc ses 18 mois de front. Après cet épisode prodigieux de tension nerveuse exaspérée, il devient — sans commotion immédiate et sans blessure — paralytique général. Dira-t-on que la guerre n'est pour rien dans l'éclosion des accidents ?

Bien entendu, puisque l'on accorde aux partisans de l'origine uniquement syphilitique de la paralysie générale que la syphilis y existe toujours, la constatation d'une réaction de Wassermann ne peut avoir aucune importance en ce qui concerne la réforme.

Pour l'**épilepsie**, la discussion s'est également élevée entre les partisans de l'épilepsie névrose fatale et ceux de l'épilepsie syndrome d'origine variable, et non immuable. A. Léri a fourni un argument précieux à la cause des épilepsies acquises en rapportant des cas d'épilepsie de Brown-Séquard, c'est-à-dire par lésion périphérique, comme ceux de Mairet et les miens. La formule adoptée après discussion fut la suivante : « L'épilepsie dite essentielle donnera toujours lieu à la réforme n° 2, sauf pour les cas exceptionnels où un traumatisme ou une infection grave pourra être invoqué dans les faits de guerre antérieurement à l'apparition du premier accident épileptique. Dans ces cas exceptionnels, réforme n° 1 avec taux d'incapacité de 10 à 80 %₀ ».

VIII. — CE QUI RESTERAIT A FAIRE

Comme l'on voit, la thérapeutique des troubles mentaux dans l'armée est à peu près organisée ; les solutions militaires à appliquer se sont déjà dégagées et se précisent chaque jour. Que reste-t-il à faire pour hâter cette évolution ?

D'abord mettre au point les doctrines officielles anciennes relatives aux troubles mentaux; qu'il soit bien entendu que l'on peut être obligé d'interner un aliéné aigu sans pour cela devoir nécessairement le réformer plus tard

Augmenter les facilités de développement et de fonctionnement déjà accordées aux Centres de psychiatrie. Bien outillés, bien pourvus de personnel, ce sont d'excellents instruments de traitement et de prophylaxie. Utiliser à cet effet tous les spécialistes, faire revenir ceux qui ont des affectations où ils sont mal employés.

Développer les *consultations* externes annexées aux centres. En recommander la pratique aux dépôts, pour les cas douteux, les visites d'incorporation, etc.

Créer au plus tôt des *asiles pour incurables neuropsychiques non dangereux*. Il est lamentable de voir des trépanés avec troubles mentaux graves, des commotionnés, des paraplégiques organiques, victimes de la guerre parmi les plus cruellement frappées, être parfois réduits à l'asile d'aliénés, ou à une véritable indigence, car ils ont besoin de soins qu'une fois rendus à la vie civile ils ne peuvent recevoir avec leurs faibles ressources de réformés. Ils ne peuvent d'autre part continuer à encombrer les formations, qui sont des hôpitaux, non des hospices.

Utiliser rationnellement les auxiliaires. — Ne pas mettre dans la métallurgie ceux qui ne peuvent entendre des coups de marteau. Organiser, notamment avec le concours des centres neuro-psychiatriques, des équipes agricoles pour les commotionnés et certains déprimés qu'il faut soustraire à la vie de caserne et qui sont inaptes à faire campagne.

Compléter la loi Dalbiez par des dispositions *empêchant la récupération des aliénés dangereux* au bout de trois mois, obligeant, lors des contre-visites, les commissions de réforme à prendre connaissance du motif de la précédente réforme, et, *s'il s'agit d'affection mentale, leur interdire la récupération* sans avis conforme du centre de psychiatrie.

Rappeler d'une façon impérieuse aux commissions de réforme qu'elles ne doivent pas *récupérer* comme elles le font trop souvent, sans examen sérieux et en tous cas sans avis autorisé, des *trépanés* antérieurement placés après enquêtes et expertise, en position de réforme temporaire. A plusieurs reprises, nous avons vu des trépanés, réformés temporairement, puis repris, soumis à des efforts nuisibles, et dont l'état s'est aggravé.

Faire comprendre aux commissions de réforme l'intérêt général qu'il y a à ce qu'elles conforment leurs avis, en matière de troubles mentaux, à ceux des chefs de centres (j'ai obtenu à cet égard, après quelques efforts, des résultats qui devraient être généralisés)

Au point de vue des réformes n° 1, compléter les dispositions de tendance très bienveillante, qui ont été adoptées, par une étude de l'*état antérieur du sujet*. Cette innovation en matière de pensions et gratifications s'impose si l'on ne veut pas voir monter de manière excessive le budget des pensions. Nous ne sommes plus sous le régime du temps de paix ; l'Etat ne prend plus seulement des conscrits jeunes et sains ; il incorpore des récupérés de vieilles classes, dont certains ont des tares acquises dont il n'est pas légitime qu'à l'occasion d'un léger accident de service il soit un jour rendu responsable. L'alcoolisme est l'auteur d'une bonne partie de ces tares acquises et justifierait à lui seul cette prise en considération de l'état antérieur.

CONCLUSIONS

La France, que les gens d'outre-Rhin affectaient de croire dégénérée, qui semblait avoir oublié ses vertus guerrières, et qui avait cessé en tous cas d'être sobre, la France saisie comme en plein rêve par le cataclysme de la guerre, a maîtrisé ses nerfs et tendu son énergie. Ses troupes insuffisamment préparées, soumises à des efforts qui dépassent l'imagination humaine, se sont adaptées, non à la lutte égoïste pour l'existence, mais au sacrifice quotidiennement consenti, à la lutte pour le pays et pour la race, au milieu de la mort. Dans l'ensemble, leur santé n'a pas fléchi. Leur système nerveux ne porte que les marques naturelles de la lutte. Il n'y a eu, ni dans l'enfer de Verdun, ni dans les autres, d'épidémie mentale quelconque, ni par la crainte, ni par l'horreur. Rien chez nous ne rappelle les grandes folies publiques du Moyen-Age, et s'il y a des psychoses de guerre, c'est que les psychoses ne sont pas uniquement des maladies de l'esprit.

Cet esprit de l'armée, qui a été merveilleux, eût résisté mieux encore si les grandes tares sociales n'avaient pas été là. Nous ne fûmes pas les seuls, du reste, à leur payer tribut. Ladame a montré que dans l'armée suisse, durant la première année de mobilisation, l'alcool et la syphilis réunis ont entraîné 16 $^0/_0$ des réformes, et la tuberculose encore 16 $^0/_0$. Nous savons par conséquent ce qu'il nous reste à faire, car le traitement des troubles mentaux, s'il réussit quelquefois contre le trouble déclaré, est toujours décisif quand il s'agit de prévenir.

Les centres de psychiatrie militaire réalisent un traitement précoce des troubles mentaux, leur succès est pour la psychiatrie en général une indication d'avenir.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

A. — Avant la guerre

ANTHEAUME et MIGNOT. — *Les maladies mentales dans l'armée française.* Paris, 1909.

CHAVIGNY. — *Diagnostic des maladies simulées.* Paris, 1906.

GRANJUX et JUDE. — La criminalité alcoolique dans l'armée. *Caducée,* 1910.

GRANJUX et RAYNEAU. — L'aliénation mentale dans l'armée. *Rapport au Congrès des alién. et neurol.* Nantes, 1909.

HAURY. — *Les anormaux et les malades mentaux au régiment.* Paris, 1912.

HAURY. — L'indiscipline morbide. *Caducée,* 1910.

HESNARD. — La neuropsychiatrie dans la marine. *Archives de médecine navale,* 1910.

HESNARD. — Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales. *Revue de Psychiatrie,* avril 1914.

JUDE. — *Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique.* Vannes, 1907.

JUDE. — L'alcoolisme dans l'armée. *Caducée,* 1910.

PACTET. — Les aliénés dans l'armée et les pénitenciers militaires. *Revue de Psychiatrie,* 1906.

PACTET et COLIN. — *Les aliénés devant la justice et dans les prisons.* Paris, 1901.

REBIERRE. — *Joyeux et demi-fous.* Paris, 1909.

REBIERRE. — *Le timide délinquant.* Paris, 1914.

RÉGIS. — *Précis de psychiatrie,* 5e édition. Paris, 1914.

SIMONIN. — Les dégénérés dans l'armée. *Ann. d'hyg. publ.,* 1909.

SIMONIN. — La crise excito-motrice de l'alcoolisme aigu devant la justice militaire. *Caducée,* 1910.

SIMONIN. — Les débiles mentaux dans l'armée. *Caducée,* 1912.

TATY. — Les aliénés méconnus et condamnés. *Rapport au Congrès des alién. et neur.* Marseille, 1899.

(1) Cet index est limité aux indications principales, mais il est indispensable, pour se rendre compte de la bibliographie contemporaine, de consulter la *Revue neurologique* depuis l'année 1914-1915, à la fois pour les travaux originaux, les communications aux sociétés, les discussions, et les *Travaux des centres neuro-psychiatriques.* On lira également avec fruit les *Annales médico-psychologiques,* contenant, outre des mémoires originaux, les procès-verbaux de la Société médico-psychologique. On consultera aussi la collection complète du *Caducée.*

B. — Depuis la guerre

I. — Généralités

Abadie. — La neuropsychiatrie d'urgence aux armées. *Réun. méd. chir. de la V° armée*, 16 octobre 1915.
Audibert. — La simulation dans l'armée. *Paris médical*, 22 janvier 1916.
Babinski et Froment. — *Hystérie, pithiatisme, et troubles nerveux d'ordre réflexe* (Coll. Horizon). Paris, 1917.
Benon. — Les maladies mentales et nerveuses de la guerre. *Revue neurol.*, 1916, I, p. 210.
Bird (C.). — Une étude psychologique du soldat. *The American Journal of Psychology*, juillet 1917.
Bonhoeffer. — Guerre et psychiatrie. *Deutsch. med. Woch.*, 1914, n° 39.
Charon. — Psychopathologie de guerre. *Progrès médical*, 1915, p. 425.
Chauffard. — La guerre et la santé de la race. Conférence à l'Alliance d'Hygiène sociale. *Revue scientifique*, 1915.
Chavigny. — Psychiatrie et médecine légale aux armées. *Paris médical*, 17 juillet 1915.
Chavigny. — Psychiatrie des armées. *Paris médical*, 23 octobre 1915.
Demole. — Guerre et aliénation mentale. Soc. patron. aliénés Genève. *Revue neur.*, 1916, II, p. 473.
Deny. — La neuropsychopathologie française pendant la guerre. *Encéphale*, mai 1916, p. 271.
Dumas (G.). — Les troubles mentaux et la guerre. *Revue de Paris*, 15 juin et 15 juillet 1916.
Dumas (G.). — Les troubles nerveux et la guerre. *Revue de Paris*, 1er mars et 15 avril 1917.
Dumas (G.). — La thérapeutique mentale et la guerre. *Revue de Paris*, 15 août 1917.
Dupouy. — Notes statistiques et cliniques sur les troubles neuropsychiques de l'armée en temps de guerre. *Ann. méd. psych.*, sept.-oct. 1915.
Gilles (A.). — Notations de bataille. *Revue de Paris*, 1er février 1917.
Grasset. — Les psychonévroses de guerre. *Presse médicale*, 1er avril 1915.
Grasset. — Le traitement des psychonévroses de guerre. *Presse médicale*, 28 octobre 1915.
Haury. — Les retentissements psycho-organiques de la vie de guerre. *Presse médicale*, 18 novembre 1915.
Huot et Voivenel. — L'anxiété précédant l'assaut. *Progrès médical*, 21 juillet 1917.
Jolly (Ph.). — Sur les névroses de guerre. *Archiv f. Psychiatrie*, vol. 56. 2. 1916.
Ladame (P. L.). — Prophylaxie des maladies nerveuses et mentales dans

l'armée. *Revue militaire suisse*, 1916. *Revue neurol.*, 1916, II, p. 468.

MEDEA. — Mal. nerv. et mentales dans leurs rapports avec la guerre. *Ospedale maggiore*, juin 1915. *Revue neurol.*, 1916, I, p. 700.

OPPENHEIM. — La neurologie et la guerre. *Berliner kl. Woch.*, 1914, n° 48.

PARIS. — Aliénation mentale et état de guerre. *Société de médecine de Nancy*, 21 juillet 1915.

RÉGIS. — Les troubles psychiques et neuropsychiques de la guerre. *Presse médicale*, 27 mai 1915.

RÉGIS et CHARPENTIER. — Les aliénés militaires internés du centre psychiatrique de Bordeaux. *Caducée*, 15 avril 1916.

ROUGÉ. — Infl. de la guerre actuelle sur le mouvement de la popul. de l'Asile de Limoux, etc. *Ann. méd. psych.*, octobre 1916.

ROUSSY. — A propos de quelques troubles nerveux psychiques. *Presse médicale*, 8 avril 1915.

ROUSSY. — Troubles nerveux psychiques de guerre. *Presse médicale*, 29 avril 1915.

ROUSSY et LHERMITTE. — *Psychonévroses de guerre* (collection Horizon). Paris, 1917.

SIGG. — A l'ambulance pour troubles nerveux. *Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte*, 3 février 1917.

SPILLMANN. — Psychoses et psychonévroses de guerre. *Société de médecine de Nancy*, 28 juillet 1915.

WOLLENBERG. — Les psychonévroses parmi les troupes combattantes. *Münch. med. Wochensch.*, 3 novembre 1914.

II. — PSYCHOSES AIGUES

ANTONINI. — Formes mentales présentées par des militaires aliénés retour du front. *Pensiero medico*, décembre 1915. *Revue neur.*, 1916, I, p. 700.

BALLET. — Note sur la relation des tremblements et des états émotionnels. *Revue neurologique*, 1916, I, p. 934.

CLAUDE, DIDE et LEJONNE. — Psychoses hystéroémotives de la guerre. *Paris médical*, 2 sept. 1916.

CRUCHET, MOUTIER et CALMETTES. — Quarante cas d'encéphalo-myélite subaiguë. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 27 avril 1917.

CYGIELSTREICH (A.). — La psychologie de la panique pendant la guerre. *Ann. méd. psych.*, avril 1916.

DAVIDENKOFF. — Psychoses aiguës (hystériques) de guerre. *Gaz. psych. russe. Revue neurol.*, 1916, II, p. 476.

DEVAUX et LOGRE. — *Les anxieux*. Paris, 1917.

DUMOLARD, REBIERRE et QUELLIN. — Altérations du liquide céphalorachidien dans un état asthénique grave. *Paris médical*, 30 sept. 1916.

GILLES (A.). — Etude sur certains cas de neurasthénie, etc. *Ann. méd. psych.*, avril et juillet 1916.

LAGRIFFE. — Anaphylaxie des maladies mentales. *Ann. méd. psych.*, octobre 1916.

LEGROUX. — Artérite cérébrale au cours d'une paratyphoïde. Réunion méd. 1re armée. *Revue neurol.*, 1916, II, p. 332.
MALLET. — Etats confusionnels et anxieux chez le combattant. *Ann. méd. psych.*, janvier 1917.
MALLET. — Fugue et délire. *Ann. méd. psych.*, juillet 1917.
MANAUD. — Influence du milieu et des événements de guerre sur l'état nerveux et mental des combattants. *Revue mod. de méd. et chirurg.*, février 1917.
MERKLEN. — Déterminations psychiques des paratyphoïdes. *Paris médical*, 1916, n° 29, p. 64.
MURRAY AUER. — Phénom. résultant de la fatigue et du shock observés sur le front en France. *Medical Record*, 8 avril 1916.
RÉNON. — L'angoisse de guerre et son traitement. *Bulletin médical*, 22 janvier 1916.

III. — ETATS COMMOTIONNELS

BALLET et ROGUES DE FURSAC. — Les psychoses commotionnelles. *Paris médical*, 1er janvier 1916.
BAUMEL. — La ponction lombaire dans les commotions nerveuses, etc. *Lyon chirurgical*, 1er sept. 1915.
BONHOMME et NORDMAN. — Caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale. *Progrès médical*, 20 oct. 1916.
CHARON et HALBERSTADT. — Puérilisme mental au cours d'une psychose post-commotionnelle. *Revue neurologique*, 1916, II, p. 316.
CHAVIGNY. — Les explosions du champ de bataille. *Ann. d'hygiène publ.*, juillet 1916 et mai 1917.
CLAUDE. — *Diverses publications*. V. *Revue neurologique*, 1915 et 1916.
CROUZON. — Cécité temporaire par éclatement d'obus. *Bull. Soc. méd. des Hôpit.*, 22 janvier 1915.
DUPOUY. — Note sur les commotions cérébro-médull., etc. *Bull. Soc. méd. des Hôpit.*, 29 oct. 1915.
DU ROSELLE et OBERTHUR. — Société de neurologie, 7 avril 1916. *Revue neurologique*, 1916, I, p. 598.
FROMENT. — Paraplégie par déflagration d'obus. Soc. de neurologie 29 juillet 1915. *Revue neurologique*, 1914-15, p. 1205.
GRANDCLAUDE. — Etude sur quelques-uns des accidents consécutifs à l'explosion, etc. *Thèse de Lyon*, juin 1916.
GUILLAIN (G.). — *Nombreuses publications*. *Réunion médicale VIe armée*. V. *Revue neurologique*, 1915 et 1916.
LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. — Stéréotypies de la marche, etc. Soc. méd. psych. *Ann. méd. psych.*, octobre 1916.
LÉPINE (J.). — Commotion des centres nerveux par explosion. *Soc. m. chir. mil. 14e région*, 21 décembre 1915.
LÉPINE (J.). — Commotion des centres nerveux par explosion. *Bull. Acad. Méd.*, 4 juillet 1916.
LÉRI (A.). — Les commotions des centres nerveux par éclatement d'obus. *Revue générale de Pathologie de guerre*, 1916 (étude complète de la question, bibliographie).

Léri (A.). — *Nombreuses publications*. V. *Revue neurologique*, 1915 et 1916.

Leriche. — Des lésions cérébrales et médullaires, etc. *Lyon chirurgical*, 1er sept. 1915.

Lœper et Verpy. — La répercussion glandulaire et humorale des commotions. *Progrès médical*, 5 novembre 1916.

Lœper. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les grands traumatismes nerveux. *Progrès médical*, novembre 1915.

Mairet et Durante. — Etude expérimentale du syndrome commotionnel. *Presse médicale*, 16 août 1917.

Mairet et Piéron. — Le syndrome commotionnel dans les traumatismes de guerre. *Bull. Acad. de Médecine*, 1er, 15, 22 juin 1915.

Mairet et Piéron — Le s. émotionnel, sa différenciation du s. commotionnel. *Montpellier médical*, 1er mars 1917.

Meige. — Les tremblements consécutifs aux explosions. *Revue neurologique*, février 1916.

Mott (F. W.). — Hémorragies punctiformes du cerveau dans l'empoisonnement par les gaz. *British Med. Journ.*, 19 mai 1917.

Myers (C. S.). — Contribution à l'étude du « Shell Shock ». *Journal of the Royal Army Medical Corps*, mai 1916.

Myers (C.S.). — Contribution à l'étude du « Shell Shock ». *The Lancet*, 9 septembre 1916.

Pachantoni. — Paralysies multiples des nerfs crâniens par « vent d'obus ». *Revue méd. de la Suisse Rom.*, 4 avril 1917.

Pitres et Marchand. — Quelques observations de syndrome commotionnel simulant des affections organiques. *Revue neurol.*, 1916, II, p. 298.

Ravaut. — Les hémorragies internes produites par le choc vibratoire de l'explosif. *Presse médicale*, 8 avril 1915.

Ravaut. — Etude sur quelques manifestations nerveuses déterminées par le vent de l'explosif. *Bull. Acad. Méd.*, 22 juin 1915.

Ravaut. — Les blessures indirectes du système nerveux déterminées par le « vent de l'explosif ». *Presse médicale*, 26 août 1915.

Renaux. — Etats confusionnels consécutifs aux commotions des batailles. *Thèse de Paris*, 1915.

Roussy. — *Nombreuses publications*. V. *Revue neurologique*, 1915 et 1916.

Sicard. — *Diverses publications*. V. *Revue neurologique*.

Sencert. — Lésions viscérales produites par l'explosion d'obus de gros calibre. *Société de Chirurgie*, 13 janvier 1915.

Sollier et Chartier. — La commotion par explosifs et ses conséquences sur le système nerveux. *Paris médical*, 23 octobre 1915.

Souques, Mégevand et Donnet. — Importance de l'analyse précoce du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic, etc. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 29 octobre 1915.

Vachet. — Troubles mentaux consécutifs au shock des explosifs modernes. *Thèse de Paris*, 1915.

La bibliographie des états commotionnels étant considérable, nous n'avons indiqué ici que quelques-uns des principaux travaux. On en trouvera beaucoup d'autres dans la *Revue neurologique*, notamment la discussion du 7 avril 1916 à la réunion de la Société de neurologie et des chefs de centres des armées alliées, avec le rapport

de Cl. Vincent. *Nous n'avons mentionné dans la bibliographie aucun travail relatif au mutisme et à la surdité par commotion.*

Pour les travaux anciens servant à l'interprétation pathogénique du syndrome, on pourra consulter :

Bouchard. — Pathogénie des hémorragies. *Thèse d'agrégation*, 1869.

Lépine (J.). — Etude sur les hématomyélies. *Thèse de Lyon*, 1900.

Lépine (J.). — Sur les lésions médullaires de la décompression atmosphérique brusque. *Soc. de Biologie*, 27 octobre 1900.

Lépine (J.). — Sur la pathogénie de la commotion cérébrale. *Revue de médecine*, 1900, p. 84.

IV. — Psychoses chroniques

Bonhomme et Nordman. — Deux cas de démence précoce, etc. Société méd. psych. *Annales médico-psych.*, octobre 1916.

Colin, Lautier et Magnac. — Les imbéciles à l'armée. Soc. méd. psych. *Ann. méd. psych.*, octobre 1916.

Colin. — Paralytiques généraux méconnus et maintenus aux armées (Discussion). Soc. méd. psych. *Annal. m. psych.*, oct. 1916.

Gaucher. — De la précocité des accidents nerveux syphilitiques graves après le traitement par le 606. *Ann. des m. vénér.*, 1916.

Haury. — Un dément précoce engagé volontaire. *Revue de médecine*, 1914-15, p. 591.

Laignel-Lavastine et Courbon. — Simulation des troubl. fonct. du syst. nerv. par les débiles mentaux. Soc. méd. psych. *Ann. méd. psych.*, octobre 1916.

Lautier. — De l'utilisation des imbéciles à l'armée. *Thèse de Paris*, 1916.

Lépine (J.). — Formes élémentaires des délires de persécution. *Bull. Acad. de Méd.*, 21 nov. 1916.

Lépine (J.). — Les dangers des arsénobenzols dans la parasyphilis nerveuse. *Bull. Acad. Méd.*, 8 mai 1917.

Logre. — Paralysie générale, tabes, crises de poltronnerie. Réun. m. chir. Ve armée. *Presse médicale*, 9 juill. 1917.

Mairet. — La paralysie générale et la guerre. Travaux des centres neuropsych. *Revue neurol.*, 1916, II, p. 720.

Pruvost. — Utilisation des débiles mentaux à la guerre. *Thèse de Paris*, 1915.

V. — Cas spéciaux

André-Thomas. — Aptitude des trépanés au service militaire et au travail. *Paris médical*, 7 octobre 1916.

Bérard (L.). — La maladie de Basedow et la guerre. *Bull. Acad. Méd.*, 1916.

Bonnus, Chartier et Rose. — Traitement radiothér. des reliquats méningo-encéph. des traumatismes crâniens. *Bull. Acad. méd.*, 27 mars 1917.

CAMUS (J.) et NEPPER. — Réactions psychomotrices et émotives des trépanés. *Paris médical*, 3 juin 1916.
COLIN et LAUTIER. — Valeur émotive des m. vénér. dans l'étiol. et l'évolut. des psychoses. Soc. méd. psych. *Ann. méd. psych.*, juillet 1917.
DUFOUR et ZIVY. — Neurasthénie avec trouble de la nutrition décelé par l'examen du sang; azotémie. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1917, p. 688.
FROMENT. — Du pronostic de l'aphasie traumatique consécutive aux plaies du crâne par arme à feu. *Lyon chirurgical*, mai-juin 1916.
LAUTIER. — Un cas de délire mystique chez un musulman. Soc. méd. psych. *Annales méd. psych.*, juillet 1917.
LÉRI. — Epilepsie de Brown-Séquard. *Soc. de neurologie*, 15 décembre 1916 (discussion sur l'épilepsie).
LERICHE et GOURLIAU. — *Etude sur les plaies du crâne et les contusions du cerveau par projectile de guerre.* Paris, 1915 (Masson).
LIAN. — L'épreuve d'aptitude cardiaque à l'effort. *Bull. Acad. Méd.*, 5 sept. 1916.
LORTAT-JACOB. — Valeur sémiologique et pronostique des troubles de la régul. thermique dans bless. crâne, etc. Trav. centres neurol. *Revue neurol.*, 1916, II, p. 684.
MAIRET et PIÉRON. — De la différenciation des symptômes commotionnels et des symptômes atopiques dans les traum. crânio-céréb. *Montpellier médical*, 1916, n° 6.
MAIRET et PIÉRON. — Syndrome épileptique par irritation nerveuse périphérique ou Epilepsie de Brown-Séquard. *Bull. Acad. Méd.*, 18 janv. 1916.
MARCHAND. — Troubles mentaux dans les lésions cérébrales traumatiques. *Ann. méd. psych.*, avril 1916, p. 193.
MARIE (P.) et MEIGE (H.). — Spasmes et tics crânio-faciaux chez les blessés du crâne. *Soc. de neurol.*, 7 déc. 1916.
MARIE (P.) — La conduite à tenir vis-à-vis des blessés du crâne. Rapport. Soc. neurol. 1916. *Revue neurol.*, 1916, I, p. 453.
MIGNARD. — Consid. sur responsabilité des blessés crânio-cérébr. Trav. cent. neurol. *Revue neurol.*, 1916, II, p. 330.
OPPENHEIM (R.). — L'amnésie traumatique chez les blessés de guerre. *Progrès médical*, 9 et 16 juin 1917.
OPPENHEIM (R.). — Le pouls, la tension artérielle et le réflexe oculo-cardiaque dans les suites éloignées des traumatismes crâniens. *Progrès médical*, 17 février 1917.
SOUQUES et MÉGEVAND. — Des trépanés renvoyés sur la ligne de feu. *Soc. de neurol.*, 12 octobre 1916.

VI. — MÉDECINE LÉGALE ET SOLUTIONS MILITAIRES

BENON. — La guerre et les pensions pour les maladies mentales et nerveuses. *Revue neurolog.*, 1916, II, p. 320.
BLUM. — De la simulation. *Journal de médecine de Bordeaux*, décembre 1916.
BRIAND. — Les comitiaux à l'armée. *Société de méd. légale*, 5 juillet 1915.

Briand et Roubinovitch. — Réformes et invalidité ; l'état antérieur. *Soc. de méd. légale*, 10 janvier 1916.

Dupré. — Réformes, incapacités et gratifications dans les psychoses de guerre. *Revue neurol.*, 1916, II, p. 790.

Granjux. — Nécessité des services de psychiatrie et de médecine légale aux armées. *Caducée*, 1er avril 1916.

Grasset. — Les maladies de guerre du s. nerveux et les conseils de réforme. *Presse médicale*, janvier 1916.

Guiard. — La désertion au point de vue médico-légal. *Bull. de la réunion méd. de la VIIe région*, 1917, p. 50.

Haury. — De l'utilisation des indisciplinés. Soc. méd. psych. *Annal. méd. psych.*, octobre 1916.

Kastan. — Les réactions coupables des dégénérés à l'armée en campagne. *Archiv f. Psychiatrie*, vol. 56. 2. 1916.

Lépine (J.). — Réformes et incapacité dans les psychoses. *Revue neurolog.*, 1916, II, p. 799.

Logre. — Sur quelques cas de fugue pathologique devant l'ennemi. *Revue neurol.*, 1916, II, p. 20.

Nordman et Bonhomme. — De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre. Soc. méd. psych. *Ann. méd. psych.*, oct. 1916 (voir discussion).

Pactet et Bonhomme. — Deux observations de peur invincible chez des combattants. Soc. méd. psych. *Ann. méd. psych.*, juillet 1917.

Porot. — Bases de l'expertise mentale dans les bataillons d'Afrique et les groupes spéciaux. *Revue neurolog.*, 1916, II, p. 24.

Sicard. — Psychonévroses de guerre et simulation. *Paris médical*, 23 octobre 1915.

Sollier. — Du diagnostic clinique de l'exagération et de la persévération des troubles nerveux fonctionnels. *Presse méd.*, 16 déc. 1915.

Sollier et Chartier. — La rééducation motrice individuelle, etc. dans les impotences de guerre. *Presse méd.*, 11 mai 1916.

Specht. — Psychopathologie de la désertion. *Münch. med. Wochensch.*, 23 février 1915.

Verger. — Abandon de poste en présence de l'ennemi dans une fugue épilept. *Journ. de méd. de Bordeaux*, février 1916.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 1
INTRODUCTION 3

PREMIÈRE PARTIE

Clinique

CHAPITRE PREMIER. — TROUBLES MENTAUX AIGUS . . . 11

I. — **Les confusions mentales** 13
1. Confusion mentale simple 13
2. Confusion mentale hallucinatoire 15
3. Délire aigu 17
4. Confusion mentale avec stupeur. Narcolepsie 19
5. Confusion mentale amnésique 21
6. Résumé clinique. 24
7. Etiologie 25
8. Diagnostic. 27
9. Traitement 28

II. — **Les états dépressifs** 30
1. Les circonstances déprimantes et l'anxiété diffuse. . . 30
2. Les impulsions anxieuses. 36
3. Les délires anxieux. 37
4. Les délires aigus anxieux mortels 40
5. Les délires de persécution transitoires 41
6. Diagnostic et pronostic. 44
7. Traitement 45

III. — **Les états neurasthéniques** 46

IV. — **Les états commotionnels.** 49
1. Accidents immédiats 51
A. *Type commotionnel* 51
B. *Type émotionnel* 53
C. *Type contusionnel.* 53
D. *Type mixte.* 54
2. Phénoménes consécutifs 54
3. Phénomènes tardifs. 58
A. *Types mentaux* 59
Etat neurasthénique dépressif. 59

Pages

Confusion mentale et stupeur. 60
Puérilisme mental et démence précoce 60
Fausse paralysie générale 62
Fausses lésions organiques cérébro-spinales. Fausses méningites 63
B. *Types émotionnels* 64
Les états seconds persistants et les crises convulsives. 64
Le mutisme et la surdité 65
Les tremblements, les secousses, les attitudes vicieuses 66
C. *Types circulatoires* 67
4. Pathogénie 68
La commotion, l'appareil circulatoire et le système nerveux 72
5. Pronostic et traitement 79
V. — **Excitation cérébrale et manie** 81
VI. — **Encéphalites aiguës et méningo-encéphalites infectieuses** 84
1. Encéphalites aiguës infectieuses. 84
2. Encéphalites aiguës d'origine inconnue 86
3. Méningo-encéphalites aiguës infectieuses diverses . . 88
VII. — **Les troubles mentaux aigus et l'alcool** 92

Chapitre II. — Troubles mentaux chroniques. . . . 95

I. — **Confusion mentale chronique** 95
1. Confusion mentale chronique infectieuse, toxique, émotionnelle. 96
2. Confusion mentale chronique post-commotionnelle . . 97
3. Confusion mentale chronique primitive. Démence précoce. 97
II. — **Débilité mentale**. 100
III. — **Délires chroniques de persécution** 102
IV. — **Paralysie générale** 103
V. — **Démences artérielles et organiques diverses** 109

Chapitre III. — Cas spéciaux 111

I. — **Lésions cérébrales traumatiques** 111
II. — **Troubles mentaux dans les maladies du système nerveux** 117
1. Tumeurs cérébrales. 117
2. Maladie de Parkinson 117
3. Sclérose en plaques 118
4. Tabes 118
5. Pachyméningite hémorragique 120
III. — **Epilepsie**. 120
IV. — **Hystérie** 123
V. — **Psychasthénie** 125
VI. — **Les déséquilibrés** 128
VII. — **Indigènes des Colonies**. 130

DEUXIÈME PARTIE

Applications pratiques

Pages

CHAPITRE PREMIER. — MÉDECINE LÉGALE JUDICIAIRE . 133

I. — **La simulation et les aliénés méconnus** 134
II. — **L'expertise psychiatrique militaire** 141
III. — **Les délits** 144
1. La fugue, l'abandon de poste et la désertion 144
2. L'insoumission 154
3. Les actes de mauvaise volonté 156
4. Les actes de violence 156
5. L'incendie volontaire 157
6. Les intelligences avec l'ennemi 158
7. Le vol 158
8. L'escroquerie, le port illégal de galons et de décorations, l'usurpation de fonctions 159

IV. — **Quelques types** 161
1. Ceux qui réclament. 161
2. Ceux qui s'accusent 162
3. Ceux qui avouent trop facilement 163
4. Ceux qui ont l'air de se moquer de vous. 164
5. Ceux qui ont le cafard. 164
6. Ceux qui sautent le mur 165
7. Ceux qui n'osent plus revenir 165

CHAPITRE II. — SOLUTIONS MILITAIRES 167

I. — **Le traitement dans les services spéciaux** 167
1. Organisation des services. Discipline générale 167
2. Entrées. Consultation externe 172
3. Sorties. Annexes. Occupations et travail 173

II. — **Les renvois au corps** 175
1. Le renvoi direct au front. 175
2. Le renvoi au dépôt ou à l'usine. 175

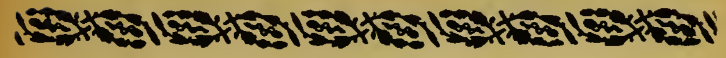
III. — **Internement**. 176
IV. — **Congés de convalescence** 178
V. — **Service auxiliaire. Changements d'arme. Cas spéciaux**. 180
VI. — **Réforme n° 2** 184
VII. — **Réforme n° 1 et Réforme temporaire avec gratification**. 186
VIII. — **Ce qui resterait à faire** 189

CONCLUSIONS 191

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 193

LAVAL. — IMPRIMERIE L. BARNÉOUD ET Cie.

MASSON ET CIE, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



(Août 1917)

Vient de paraître :

L'Appareillage dans les Fractures de Guerre

PAR

Paul ALQUIER
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

J. TANTON
Médecin principal,
Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

1 *vol. in-8 de* 250 *pages, avec* 182 *figures* . . . . . . 7 fr. 50

En raison même de son importance et de sa difficulté, de la complexité des cas auxquels on doit satisfaire, le problème de l'immobilisation des membres fracturés a suscité un tel nombre de solutions, qu'il devient déjà difficile d'en faire, non pas seulement la critique, mais la simple énumération.

On trouvera dans le livre d'Alquier et Tanton la description de tous les appareils originaux qu'ils ont conçus et expérimentés, dans un service de guerre particulièrement important. Ces appareils, qui commencent à recueillir une juste célébrité, n'avaient encore été l'objet d'aucune exposition, ni d'aucun commentaire d'ensemble. Les auteurs ont joint à la description et à la technique de chacun des dispositifs étudiés, des indications cliniques détaillées.

Une illustration *originale*, abondante, complète l'ouvrage : elle achèvera de lui assurer un vif succès d'intérêt en même temps que de curiosité.

Majoration syndicale de 10 0/0 sur tous les prix de ce catalogue.

Vient de paraître :

A. BESREDKA

Professeur à l'Institut Pasteur.

Anaphylaxie et Antianaphylaxie

Préface de E. ROUX

Membre de l'Institut, Directeur de l'Institut Pasteur.

1 *vol. in-8, de* 160 *pages* . . . . 4 fr.

La question des accidents anaphylactiques doit sa grande actualité au succès même de la sérothérapie.

A. Besredka, qui a si largement contribué à la compréhension des phénomènes de l'anaphylaxie et créa le chapitre tout entier de l'antianaphylaxie, était particulièrement indiqué pour exposer ces questions au public médical.

Tenant compte de tout ce qui a été publié sur ce sujet depuis une dizaine d'années, mais élaguant le plus possible dans la masse des documents tout ce qui ne mérite pas de survivre, il s'est attaché surtout à la clarté de l'exposé.

L'ouvrage est divisé en sept chapitres : Caractère général du phénomène d'anaphylaxie. — Premiers travaux sur l'anaphylaxie. — Injection sensibilisante ou préparante. — Injection toxique ou déchaînante. — Injection vaccinante ou antianaphylactisante. — Anaphylaxie vis-à-vis des substances diverses. — Théories de l'anaphylaxie.

Après la lecture de ce livre, le praticien saura se garer, en connaissance de cause, des accidents consécutifs à l'emploi des sérums, tout en usant largement et sans la moindre crainte, de leur action bienfaisante.

Viennent de paraître :

Dr Pierre DUVAL

Plaies de guerre du poumon

Notes sur leur traitement chirurgical dans la zone des armées

1 *vol. in-8, de* 144 *pages avec figures dans le texte, et pl. en noir et en couleurs* . . . . 8 fr.

Ce livre renferme l'exposé d'une doctrine nouvelle et qui paraîtra quelque peu « révolutionnaire ».

Il soutient et essaye de démontrer par des observations détaillées et nombreuses, avec un matériel iconographique et statistique abondant que la chirurgie des poumons a présenté et doit présenter une transformation radicale : cette chirurgie est rentrée dans les méthodes simples de la chirurgie générale. Avec la nouvelle technique opératoire, l'auteur et ses collaborateurs sont arrivés à la conviction que le traitement chirurgical doit être appliqué aux plaies du poumon suivant les règles générales de la chirurgie des plaies de guerre, et que les résultats obtenus par cette méthode sont supérieurs à ceux de l'inaction opératoire.

Bernard DESPLAS

Chirurgien Chef de l'Ambulance Anglo-Française Symons.

Anesthésie à la Stovaïne

en Chirurgie de Guerre

1 *vol. in-8, de* 48 *pages, avec* 4 *planches hors texte* . . . . . 2 fr.

Maurice ARTHUS
Professeur à l'Université de Lausanne.

Physiologie

4e *édition*, 930 *pages*, 320 *figures* . . . . **12 fr.**

M. ARTHUS

Chimie physiologique

7e *édition*, 430 *pages*, 130 *figures*, 5 *planches en couleurs* . . . **7 fr.**

E. BRUMPT
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Parasitologie

2e *édition*, 1011 *pages*, 698 *figures et* 4 *planches en couleurs*. **14 fr.**

M. LANGERON
Préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

Microscopie

2e *édition*, 820 *pages*, 292 *figures* . . . . **12 fr.**

A. RICHAUD
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique et Pharmacologie

3e *édition*, 1000 *pages* . . . . **12 fr.**

P. NOBÉCOURT, Agrégé à la Faculté de Paris.

Médecine infantile

2e *édition*, 932 *pages*, 136 *figures*, 2 *planches*. . . . . **14 fr.**

KIRMISSON, Professeur à la Faculté de Paris.

Chirurgie infantile

2e *édition*, 796 *pages*, 475 *figures*. . . . . **12 fr.**

P. POIRIER
Professeur d'anatomie à la Faculté.

Amédée BAUMGARTNER
Ancien prosecteur

Dissection

3e *édition*, 360 *pages*, 241 *figures* . . . . **8 fr.**

V. MORAX
Ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière.

Ophtalmologie

2e *édition*, 768 *pages*, 427 *figures* . . . . **14 fr.**

E. JEANSELME
Professeur agrégé.

E. RIST
Médecin des hôpitaux.

Pathologie exotique

809 *pages*, 160 *figures*. . . . . **12 fr.**

P. RUDAUX
Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie

TROISIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

1 *vol. in-8 écu de* 828 *pages, avec* 580 *figures dans le texte* . . **10 fr.**

Schémas d'Observations Cliniques Médicales et Chirurgicales. — Par *J. DEJERINE*

Sept fiches anatomiques 31×36

La fiche. **0 fr. 10** | 50 fiches assorties. **4 fr. 50** | 100 fiches. **8 fr.**

Schéma pour la Localisation des Lésions du Plexus Brachial. — Par *Henry MEIGE*

1 *fiche format* 24×33. La douzaine. . . . . **1 fr.**

Schéma pour la Localisation des Lésions crâniennes

Par *Prof. Pierre MARIE, FOIX et BERTRAND*

1 *fiche (papier calque), format* 26×21. La douzaine . . . . **1 fr.**

Viennent de paraître

Dr Alb. TERSON

Ancien interne des Hôpitaux,
Ancien Chef de Clinique Ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

Ophtalmologie
du Médecin praticien

1 *vol. in-8 relié,* 480 *pages,* **348 figures** *et* 1 *planche* . . . . **12 fr.**

Dr G. LAURENS

Oto-Rhino-Laryngologie
du Médecin praticien

DEUXIÈME ÉDITION

1 *vol. in-8 relié,* 448 *pages,* **393 figures** *dans le texte* . . . . **10 fr.**

Ces deux ouvrages ne sont pas des livres de spécialistes. Ils sont écrits pour *tous* les médecins qui, dans la clientèle ou l'hôpital (maladie, accident ou blessure), sont contraints *tôt ou tard* de voir *les premiers*, et *seuls*, un œil, une oreille, un nez, une gorge malades. — Les ouvrages des Drs Terson et Laurens disent au praticien ce qu'il faut observer ou entreprendre et *jusqu'où* l'intervention lui appartient.

Ces deux livres contiennent un très grand nombre de croquis et de schémas. Texte et figures se complètent et se commentent.

A. CHAUFFARD

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Leçons

sur la

Lithiase Biliaire

1 *vol. in-8 de* 242 *pages avec* 20 *planches hors texte, relié toile.* 9 fr.

F. BEZANÇON
Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux.

S. I. DE JONG
Ancien chef de clinique
à la Faculté de Médecine
de Paris.

Traité
de l'examen des crachats

Etude Histochimique

Cytologique, Bactériologique et Chimique

1 *vol. in-8 de* 411 *pages, avec* 8 *planches en couleurs*. . . . . 10 fr.

Antoine FLORAND
Médecin
de l'hôpital Lariboisière.

Max FRANÇOIS
Assistant de consultation
à l'hôpital St-Antoine.

Henri FLURIN
Médecin
des Eaux de Cauterets.

Les Bronchites chroniques

Leur traitement

1 *vol. in-8 de* VIII-351 *pages*. . . . . 4 fr.

Pr. n° 825.

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE
à l'usage des Médecins praticiens

P. LE GENDRE
Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

A. MARTINET
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Thérapeutique Usuelle des Maladies de la Nutrition

1 *vol. in-8 de* 429 *pages* . . . . 5 fr.

Alfred MARTINET

Thérapeutique Usuelle des Maladies de l'Appareil Respiratoire

1 *vol. in-8 de* IV-295 *pages, avec figures, broché* . . . . . 3 fr. 50

P. LE GENDRE et **A. MARTINET**

Les Régimes usuels

1 *vol. in-8 de* IV-434 *pages, broché*. . . . . 5 fr.

Régimes : à l'état normal ; systématiques ; dans les maladies. Alimentation artificielle.

Clinique Hydrologique

Par les Drs F. BARADUC, Félix BERNARD, M. E. BINET, J. COTTET L. FURET, A. PIATOT, G. SERSIRON, A. SIMON, E. TARDIF.

1 *vol. in-8 de* X-636 *pages* . . . . 7 fr.

E. FORGUE
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

E. JEANBRAU
Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Montpellier

Guide pratique du Médecin dans les Accidents du Travail

TROISIÈME EDITION AUGMENTEE ET MISE AU COURANT DE LA JURISPRUDENCE

Par M. MOURRAL
Conseiller à la Cour de Rouen.

1 *vol. in-8 de* XXIV-684 *pages, avec figures, cartonné toile* . . . 9 fr.

L. IMBERT
Agrégé des Facultés, Professeur
à l'École de Médecine de Marseille,
Médecin expert près les Tribunaux.

C. ODDO
Professeur
à l'Ecole de Medecine de Marseille,
Médecin expert près les Tribunaux.

P. CHAVERNAC
Médecin expert près les Tribunaux.

Guide pour l'Evaluation des Incapacités

DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Préface de M. René VIVIANI

1 *vol. in-8 de* 950 *pages, avec 88 figures, cartonné toile* . . 12 fr.

Traité des Maladies de l'Enfance

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J. GRANCHER
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

J. COMBY
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Médecin du Dispensaire pour les Enfants
de la Société Philanthropique.

DEUXIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

5 *forts volumes gr. in-8 avec figures dans le texte*. . . . . . 112 fr.

A. PRENANT
Professeur
à la Faculté de Paris.

P. BOUIN
Professeur agrégé
à la Faculté de Nancy.

L. MAILLARD
Chef des travaux de Chimie biologique à la Faculté de Médecine de Paris

Traité d'Histologie

TOME I. — *CYTOLOGIE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE*
1 *vol. gr. in-8, de* 977 *p., avec* 791 *fig. dont* 172 *en couleurs.* **Épuisé**

TOME II. — *HISTOLOGIE ET ANATOMIE*
1 *vol. gr. in-8, de* XI-1199 *p., avec* 572 *fig. dont* 31 *en couleurs.* **50 fr.**

P.-J. MORAT
Professeur
à l'Université de Lyon.

Maurice DOYON
Professeur adjoint à la Faculté
de Médecine de Lyon.

Traité de Physiologie

TOME I. — **Fonctions élémentaires.** — Prolégomènes. Contraction. — Sécrétion, milieu intérieur, avec 194 figures . . . . . . **15 fr.**
TOME II. — **Fonctions d'innervation**, avec 263 figures . . **15 fr.**
TOME III. — **Fonctions de nutrition.** — Circulation. — Calorification . . . . **12 fr.**
TOME IV. — **Fonctions de nutrition** (*suite et fin*). — Respiration, excrétion. — Digestion, absorption, avec 167 figures. . . . **12 fr.**

En préparation :
TOME V ET DERNIER. *Fonctions de relation et de reproduction.*

P. ACHALME
Directeur du Laboratoire colonial du Muséum, Ancien chef de clinique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Electronique et Biologie

Études sur les actions catalytiques, les actions diastasiques et certaines transformations vitales de l'énergie

1 *volume gr. in-8 de* 728 *pages* . . . . **18 fr.**

Cet ouvrage s'adresse aux médecins, aux biologistes et aux chimistes, mais sera lu utilement par les physiciens et les philosophes. Il ne réclame pour être compris du lecteur qu'une culture générale tout à fait élémentaire.

Son but est d'indiquer aux personnes qui s'intéressent à la biologie et à la chimie les applications possibles, à ces deux sciences, des nouvelles données physiques et principalement de la notion de l'électron.

G. MARION
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
(service Civiale).

M. HEITZ-BOYER
Chirurgien des hôpitaux,
Ancien chef de Clinique de l'hôpital
Necker.

Traité pratique de Cystoscopie et de Cathétérisme urétéral

2 vol. gr. in-8, reliure toile. L'ouvrage complet . . . . **50 fr.**

TOME I. — Cystoscopie d'Exploration

AVEC LA COLLABORATION DE

P. GERMAIN

Ancien assistant du service Civiale, Ancien interne de Necker.

1 vol. très gr. in-8 de 197 *pages, avec* 38 *planches en couleurs hors texte et* 88 *figures dans le texte.*

TOME II. — Cathétérisme urétéral, intervention cystoscopique, cystophotographie

1 vol. très gr. in-8 de 194 *pages, avec* 18 *planches en noir et en couleurs et* 109 *figures dans le texte.*

Traité de Gynécologie Clinique et Opératoire

Par Samuel POZZI

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'hôpital Broca.

QUATRIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

Avec la collaboration de F. JAYLE

2 vol. gr. in-8 formant ensemble 1500 *pages, avec* 894 *figures dans le texte. Reliés toile* . . . . **40 fr.**

80 331. — IMP. LAHURE.



Prix : 4 fr.